IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 58)
z dnia 24 lutego 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 58)

24 lutego 2021 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– Informację na temat chorób sercowo-naczyniowych jako głównej przyczyny umieralności Polaków. Pierwotna i wtórna prewencja. Kardiologia w czasie epidemii koronawirusa.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jarosław Kaźmierczak** konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, **Jarosław Chmielewski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Tomasz Hryniewiecki** dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii, **Marta Kałużna-Oleksy** prezes Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serca, **Adam Witkowski** prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wraz ze współpracownikami oraz **Agnieszka Wołczenko** liderka Porozumienia Organizacji Kardiologicznych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie panie i panów posłów. Witam połączonego zdalnie pana ministra ze współpracownikami, a także pozostałych zaproszonych gości.

Szanowni państwo, zacznijmy od sprawdzenia kworum. Proszę wcisnąć dowolny przycisk. Bardzo proszę o podanie wyników. Myślę, że nie będziemy zamykać głosowania, żeby osoby spóźnione mogły dołączyć, ale proszę o podanie informacji, ile osób uczestniczy w tej chwili w posiedzeniu Komisji. W tej chwili w posiedzeniu Komisji uczestniczy 33 posłów, a więc mamy kworum.

Szanowni państwo, dzisiejsze posiedzenie Komisji zwołane zostało przez marszałek Sejmu na podstawie art. 198j ust. 2 regulaminu Sejmu. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Porządek dzisiejszego posiedzenia obejmuje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat chorób sercowo-naczyniowych jako głównej przyczyny umieralności Polaków. Pierwotna i wtórna prewencja. Kardiologia w czasie epidemii koronawirusa. Jest to punkt planu pracy, który był przewidziany właśnie na miesiąc luty.

Chcę też zauważyć, że do pani marszałek został złożony przez posłów opozycji również wniosek o zwołanie posiedzenia Komisji w sprawie sytuacji w kardiologii zgodnie z art. 152 ust. 2. Te rzeczy, które wynikają z tego wniosku, są tożsame z tematyką, którą będziemy omawiać na dzisiejszym posiedzeniu Komisji. W jakimś sensie posiedzenie Komisji – mam taką nadzieję – nawet troszkę szerzej sprawę potraktuje. Chciałbym natomiast poprosić pana ministra o przedstawienie informacji uwzględniającej również te szczegółowe zapisy, które zostały przedstawione w uzasadnieniu, a które złożyli posłowie opozycji.

Może, żeby formalności stało się zadość, poproszę kogoś z przedstawicieli opozycji o krótkie wprowadzenie. My wszyscy oczywiście dostaliśmy to uzasadnienie, ale prosiłbym o kilka zdań. Nie wiem, czy pan przewodniczący Miller na początku krótko by zabrał głos w tej sprawie jako przedstawiciel, czy pani poseł Zawisza?

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Jako inicjatorka tego wniosku, ale…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To pani poseł Zawisza, a pan poseł Miller zabierze głos w dyskusji na początku. Bardzo proszę, pani poseł. Tylko prosiłbym krótko.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Bardzo króciutko. Zainicjowałam wniosek o zwołanie posiedzenia Komisji ze względu na docierające do nas niepokojące sygnały dotyczące kardiologii i chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce.

Choroby układu sercowo-naczyniowego wciąż stanowią w Polsce najczęstszą przyczynę zgonów, kardiologia jest więc jednym z kluczowych obszarów działalności systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Wydaje mi się ważne, żebyśmy omówili programy, które są realizowane lub były realizowane przez Ministerstwo Zdrowia. Szczególnie prosiłabym, zresztą na prośbę Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, żebyśmy skupili się na omówieniu: realizacji ogólnych i pobocznych celów Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017–2020, w tym zwłaszcza założeń zmiany liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia do 427 na 100 tys. osób; informacji na temat zastosowania prac nad programem koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca KONS, w tym zwłaszcza przyczyn wstrzymania prac nad tym programem; informacji na temat stopnia zaawansowania prac nad zapewnieniem polskim pacjentom dostępu do nowoczesnej technologii w lecznictwie kardiologicznym, w tym zwłaszcza telemonitoringu urządzeń wszczepialnych i optycznej tomografii koherencyjnej. Co tak naprawdę nas interesuje, to konkretne, mierzalne efekty.

O tych mierzalnych efektach chciałabym porozmawiać na tym posiedzeniu Komisji. Chciałabym, żeby ministerstwo, które przygotowało i wysłało nam tę informację… Ja się z nią zapoznałam. Niestety, jedną z rzeczy, które pojawiają się najczęściej, zresztą i w moich pytaniach, jest mierzalny efekt. Pytanie o mierzalny efekt. Chciałabym, żeby przedstawiciele ministerstwa w swojej informacji skupili się na tych mierzalnych efektach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję bardzo również za dyscyplinę czasową. Panie ministrze, oddaję panu głos. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Szanowni państwo…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, jest straszny pogłos. Nie wiem, czy może troszkę dalej od mikrofonu – spróbujmy, może to pomoże. Czy to jest kwestia pomieszczenia…

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Czy teraz lepiej?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Troszeczkę lepiej, ale nadal bardzo źle i jest to mało wyraźne. Może troszkę ciszej i z wyłączeniem mikrofonów w tej sali, żeby nie było fali zwrotnej.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Zaczynam jeszcze raz. Panie przewodniczący, szanowni państwo, był problem techniczny, więc nie słyszałem wypowiedzi pani poseł…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, przepraszam najmocniej, niestety nic nie jesteśmy w stanie zrozumieć. Nie wiem, na czym to polega. Być może sala jest niewłaściwa… Tak, tak, oczywiście. Nie mówię o naszej sali, tylko o sali w ministerstwie.

Mam następującą propozycję. Panie ministrze, może spróbujcie państwo to technicznie poprawić, natomiast w tej sytuacji, też tytułem pewnego wprowadzenia do dyskusji, wydaje się, że taki głos byłby pożądany – oddałbym w międzyczasie głos panu profeso-

rowi Witkowskiemu, prezesowi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, żeby przedstawił z ich punktu widzenia, jak w tej chwili wyglądają problemy kardiologii. Pan minister posłucha, a może w międzyczasie te sprawy techniczne uda się uporządkować. Wtedy połączymy się raz jeszcze. Dobrze? Czy mogę tak zaproponować? Dobrze, to w takim razie pan profesor Witkowski. Za chwilę jeszcze raz spróbujemy połączyć się z panem ministrem.

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Adam Witkowski:

Dzień dobry państwu. Czy ja jestem słyszalny, panie przewodniczący?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan jest bardzo dobrze słyszalny.

Prezes PTK Adam Witkowski:

Bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Proszę państwa, chciałbym odnieść się w swoim krótkim wystąpieniu do dwóch spraw. Mianowicie, do pilotażu sieci kardiologicznej i do programu koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca, czyli KONS.

W imieniu zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego chciałbym powiedzieć, że stoimy na stanowisku, iż wdrożenie programu pilotażowej sieci kardiologicznej jest konieczne i uzasadnione potrzebami zdrowotnymi polskich obywateli, nadal bowiem choroby układu sercowo-naczyniowego – jak państwo świetnie wiedzą – są główną przyczyną zgonów w Polsce. Stanowią mniej więcej 45% wszystkich zgonów. Obserwowany w poprzednich latach spadek śmiertelności w kraju wyhamował, począwszy od 2016 r., a jest to między innymi spowodowane zahamowaniem lub wręcz wzrostem liczby zgonów sercowo-naczyniowych z przyczyn, którym można zapobiegać. Najlepszym tego przykładem jest obserwowany w ostatnich latach wzrost śmiertelności z powodu niewydolności serca.

Również z raportu Ministerstwa Zdrowia wynika, że w 2020 r., a więc w okresie pandemii COVID-19, największy przyrost zgonów w porównaniu z 2019 r. wystąpił w chorobach układu krążenia – o 16,7%. Tak więc sieć kardiologiczna, której powstanie Polskie Towarzystwo Kardiologiczne proponowało już w okresie tworzenia krajowej sieci szpitali w 2017 r., ale nie doczekało się to realizacji, jest w naszej ocenie krokiem w dobrym kierunku.

W dalszej perspektywie, po rozszerzeniu sieci na cały kraj, ten projekt razem z innymi realizowanymi juz programami, jak KOS-zawał, programy leczenia hiperlipidemii, program mechanicznej trombektomii w leczeniu udaru mózgu, jak i niestety stale oczekujący na wdrożenie do realizacji program koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca, czyli KONS, powinny wejść w skład Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Może się to przyczynić do zmniejszenia bardzo obecnie wysokiej śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych i redukcji zbędnych hospitalizacji, co z kolei – to również jest ważne – pozwoli na obniżenie wysokich koszów leczenia szpitalnego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie profesorze, na chwilę prosiłbym o przerwę. Dobrze?

Prezes PTK Adam Witkowski:

Tak.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Sytuacja jest następująca – to informacja dla wszystkich państwa. Po pierwsze, pan minister łączył się zdalnie, a nie był na miejscu z tego względu, że pan minister Niedzielski jest na kwarantannie i pewne dodatkowe obowiązki spadły na pana ministra Kraskę. Ponieważ jednak sprawa jest ważna, a jak słychać, jest pogłos, przed chwilą uzgodniłem z panem ministrem, że przyjedzie tutaj. Nie chcąc więc, żeby głos pana profesora nie był dalej słyszany, proponuję 15 minut przerwy. Za 15 minut kontynuujemy posiedzenie Komisji. Tak chyba będzie najlepiej w tej sytuacji.

W takim razie zapraszamy pana ministra tutaj. 15 minut przerwy – myślę, że to wystarczy. Dziękuję.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, jest pan minister. Dziękujemy. Wznawiamy posiedzenie. Proponuję, tak jak proponowałem na początku – niech pan minister najpierw zabierze głos. Panu profesorowi – przepraszam pana profesora Witkowskiego – oddamy głos w drugiej kolejności. Później oczywiście dyskusja posłów. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję panie przewodniczący. Szanowni państwo, jeszcze raz przepraszam za to zamieszanie, ale biegnę do państwa bezpośrednio z posiedzenia rządowego zespołu kryzysowego, bo sytuacja w Polsce, jeżeli mówimy o koronawirusie, robi się w tej chwili nieciekawa. Ale wracamy do…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, proponowalibyśmy, żeby coś założyć.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Jasne, oczywiście. To wszystko przez roztargnienie.

Szanowni państwo, wiem, że dostaliście te materiały od nas, ale żeby pokazać ogólny kontekst naszego spotkania i tematyki posiedzenia Komisji Zdrowia, chciałbym na początek podać garść statystyki, bardzo ogólnej. Potem przejdę do kardiologii i do aktualnej sytuacji chorych kardiologicznych w Polsce.

Rok 2020 był specyficzny, wszyscy państwo o tym wiedzą, więc będę odnosił się do lat wcześniejszych. Czynnikiem, który jest bardzo wymierny, jeżeli chodzi o służbę zdrowia, ale także o prewencję kardiologiczną, jest długość życia Polaka. Jeżeli spojrzymy na długość życia w Polsce mężczyzny, to jest to 74,1 lat, a kobiety – 81,8. Czyli kobiety żyją dłużej od mężczyzn o 7,7 lat. Niestety, jeżeli spojrzymy wstecz, między lata 2016–2019, to obserwujemy trend spadkowy, jeżeli chodzi o długość życia. Ta różnica między umieralnością mężczyzny a kobiety wynika z tego, że u mężczyzny występuje tzw. nadumieralność. Polska w tej chwili zaliczana jest do krajów rozwiniętych, a właściwie wszystkie kraje rozwinięte borykają się z problematyką tzw. zgonów przedwczesnych. Mężczyźni umierają przedwcześnie 2,5-krotnie częściej niż kobiety. W przypadku kobiet zdecydowanie dominującą przyczyną utraconych przedwcześnie lat życia są nowotwory złośliwe – prawie 40%, natomiast choroby układu krążenia mają znaczenie o połowę mniejsze. W przypadku mężczyzn są trzy grupy odpowiedzialne za największe obciążenie przedwczesną utratą życia. Są to właśnie choroby układu krążenia – 22,3%, nowotwory złośliwe – 21% oraz przyczyny zewnętrzne – 18,6%.

Dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia. Ogólnie w nomenklaturze klinicznej nazywamy je chorobami serca i naczyń. W drugiej kolejności są to choroby spowodowane przez nowotwory złośliwe. Jeżeli spojrzelibyśmy na choroby układu krążenia, dominującą przyczyną przedwczesnych zgonów są choroby serca, które odpowiadają za ponad czterokrotnie więcej utraconych potencjalnie lat życia niż choroby naczyń mózgowych. Porównując mieszkańców wsi i miast, to umieralność na choroby układu krążenia zdecydowanie jest większa na wsi niż w miastach – o prawie 20,5%. Wyjątkiem jest umieralność, jeżeli chodzi o zawały – nieznacznie częściej umierają mieszkańcy miast niż wsi.

W 2019 r., w przypadku schorzeń, w których głównym rozpoznaniem była choroba niedokrwienna serca, udzielono w Polsce 1,2 mln porad osobom dorosłym. W latach 2014–2019 liczba pacjentów, w przypadku których choroba niedokrwienna serca była głównym rozpoznaniem, systematycznie maleje. W 2014 r. udzielono świadczenia 1,6 mln pacjentów – to jest o 22% więcej niż w 2019 r. Spadek liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym choroby niedokrwiennej serca, wynikał głównie ze spadku liczby pacjentów, którym udzielano świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej. Ta wartość w 2019 r. jest niższa o 35%. Chorobowość rejestrowana dla niewydolności serca w 2019 r. wynosiła 1,39 mln osób. Na niewydolność serca najczęściej chorują osoby powyżej 60 r.ż., ale także zdarza się to u dzieci i młodzieży. Średni wiek osoby z niewydolnością serca na przestrzeni lat 2014–2019 to 73–74 lata.

Jak wszyscy wiemy, niewydolność serca to także ważny element ekonomiczny, ponieważ nie tylko obciąża służbę zdrowia, ale zdecydowanie wyłącza z pracy aktywnych Polaków. Dlatego tak ważne jest w tej chwili, by na diagnostykę i leczenie niewydolności serca przeznaczać jak najwięcej środków. Tych środków w 2019 r. fundusz przeznaczył 3,2 wszystkich pieniędzy, właśnie na diagnostykę i leczenie niewydolności serca. Prognozuje się, że w ciągu najbliższych 20 lat koszty leczenia niewydolności serca podwoją się.

Co robiło Ministerstwo Zdrowia, aby tę sytuację poprawić? W 2019 r. wydaliśmy rozporządzenie w sprawie reorganizacji Instytutu Kardiologii oraz nadania instytutowi statutu państwowego instytutu badawczego. Powierzono instytutowi współrealizację i monitorowanie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Kardiologia znalazła bardzo znamienne miejsce w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020. W tej chwili Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, w którym kardiologia także odgrywa bardzo ważną rolę, jest praktycznie na ukończeniu, po konsultacjach. Wszyscy wiemy, że istotą interwencji w obszarze zdrowia publicznego jest ich systematyczność, stałość i powtarzalność. Dlatego chcemy, aby ta prewencja chorób układu krążenia była bardzo zaznaczona w tym Narodowym Programie Zdrowia.

Program Profilaktyki Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017–2020 został przedłużony o kolejny rok. Zgodnie z tym programem chcemy w 2021 r. doposażyć podmioty lecznicze głównie w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych z funkcją dupleks na potrzeby neurologii, a także doposażyć podmioty lecznicze w aparaty do diagnostyki ultrasonograficznej z funkcją echokardiografii na potrzeby kardiologii. Chcemy je także doposażyć w urządzenia do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i dolnych. Chcemy także, aby w ramach tego ogólnopolskiego programu prewencji chorób naczyniowych dalej było to wykorzystywane w Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia.

W ubiegłym roku została wprowadzona opłata cukrowa. Będzie ona narzędziem wykorzystywanym w przeciwdziałaniu chorobom cywilizacyjnym, w celu poprawy zdrowia społeczeństwa, głównie poprzez zmianę struktury spożycia napojów, zachęcanie producentów do ograniczania w napojach składników słodzących, a także przyniesie do Narodowego Funduszu Zdrowia dodatkowe środki, także na zwalczanie chorób sercowo-naczyniowych.

W ramach prewencji chorób sercowo-naczyniowych realizowana jest kompleksowo opieka po zawale mięśnia sercowego, tzw. KOS-zawał. Zostało to wprowadzone od 2017 r. na podstawie rozporządzenia prezesa NFZ. Jak pewnie państwo już wiedzą, jest to kompleksowa i skoordynowana opieka kardiologiczna dla chorych po zawale mięśnia sercowego. Odbywa się to w ciągu roku, czyli 12 miesięcy po przebytym zawale mięśnia sercowego. W tej profilaktyce świadczeniodawcy realizują kompleksową i skoordynowaną opiekę nad pacjentem po przebytym zawale mięśnia sercowego. W tej chwili taką kompleksową opiekę po zawale serca realizują 72 podmioty na 141, to jest 57% ośrodków. Są to ośrodki z zakresu kardiologii interwencyjnej. Wiemy, że jest w tej chwili zainteresowanie, aby liczba tych ośrodków się zwiększyła.

Szanowni państwo, na pewno wiecie, że w tej chwili rozpoczęliśmy pilotaż tzw. krajowej sieci kardiologicznej. Główne założenia tej sieci to przyspieszenie diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, wprowadzenie poziomów referencyjnych w kardiologii ambulatoryjnej i hospitalizacji, preferowanie diagnostyki w poradniach przyszpitalnych. Pilotaż na razie będzie ograniczony do województwa mazowieckiego.

W sieci kardiologicznej mamy trzy poziomy referencyjne. Pierwszy poziom to jednostki kierujące. Do tej sieci będzie mógł kierować głównie lekarz POZ, ale także poradni kardiologicznych oraz oddziałów kardiologicznych z pracownią hemodynamiczną. Drugim poziomem są jednostki konsultacyjne. Są to oddziały kardiologiczne spełniające kryteria poziomu 1b, gdzie w ciągu roku wykonano średnio 45 zabiegów ablacji w zaburzeniach rytmu serca. Trzeci poziom to ośrodek koordynujący. Tę funkcję będzie sprawował Narodowy Instytut Kardiologii. Jeśli chodzi o zakres istotnych schorzeń, które będą w krajowej sieci kardiologicznej, to mówimy o nadciśnieniu tętniczym opornym i wtórnym, niewydolności serca, zaburzeniach rytmu i przewodzenia, wadach sercowych i zastawkowych.

Krajowa sieć kardiologiczna według nas przyniesie: szybką ścieżkę diagnostyczną ze skróceniem czasu oczekiwania na poradę; przyjęcie w ośrodku najbliższym i dogodnym, czyli blisko pacjenta; pełne wykorzystanie doświadczenia i sprzętu ośrodków konsultacyjnych; jednolite wytyczne postępowania medycznego. Ponadto w ośrodku koordynacyjnym, jako narzędzie dla lekarzy, będzie infolinia, gdzie lekarz będzie mógł bezpośrednio porozmawiać z lekarzem kardiologiem i uzyskać konsultację. Finansowanie sieci kardiologicznej będzie odbywało się przez wzrost wyceny świadczeń w ośrodkach szpitalnych, zwiększenie limitu finansowego dla wskazanych procedur, zniesienie limitu konsultacji ambulatoryjnych i hospitalizacji, jak również oczywiście premiowanie lekarzy POZ za uzasadnione skierowanie pacjenta do krajowej sieci kardiologicznej.

Szanowni państwo, mieliście te materiały, więc nie będę tego powielał. Oczywiście jestem gotowy odpowiadać na pytania, jeżeli tylko będę potrafił. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Już wcześniej udzieliłem głosu panu profesorowi, więc chcę wrócić do pana profesora Witkowskiego. Bardzo proszę, panie profesorze, o kontynuowanie wypowiedzi.

Prezes PTK Adam Witkowski:

Dzień dobry państwu jeszcze raz. Dziękuję, panie przewodniczący, za ponowne udzielenie mi głosu. Już nie będę powtarzał tego, co powiedziałem. Chcę tylko powiedzieć, że zgadzam się z diagnozą pana ministra, jeżeli chodzi o stan chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Jest on zły i na razie nic nie wskazuje na to, że ma się poprawić.

Krótko jeszcze raz powtórzę, że jako Polskie Towarzystwo Kardiologiczne stoimy na stanowisku, że wdrożenie programu pilotażowej krajowej sieci kardiologicznej, właśnie w związku z tą bardzo złą sytuacją, jest potrzebne i uzasadnione potrzebami zdrowotnymi polskich obywateli. Jednak uważamy, że dość szybki tryb wprowadzenia pilotażu sieci kardiologicznej powoduje, że według Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego projekt nie jest precyzyjnie przygotowany. Zgłosiliśmy swoje uwagi w ramach konsultacji do rozporządzenia ministra zdrowia, w związku z tym nie będę tego wszystkiego powtarzał, bo to zostało wysłane, tylko chciałbym przytoczyć nasze trzy najważniejsze pytania i wątpliwości.

Po pierwsze, dlaczego pilotaż sieci kardiologicznej będzie prowadzony tylko w jednym województwie? Czy decydują o tym tylko względy finansowe? Wydaje się nam, że województwo mazowieckie nie odzwierciedla dobrze sytuacji demograficznej i zdrowotnej na terenie całego kraju. Należałoby się zastanowić nad wprowadzeniem pilotażu sieci w pięciu–sześciu województwach o zróżnicowanej liczbie mieszkańców, demografii i dostępie do świadczeń medycznych, która jest różna w różnych regionach Polski. Należałoby naszym zdaniem preferencyjnie wybrać te województwa, w których jest już realizowany program KOS-zawał oraz znajduje się ośrodek zapewniający transplantację serca i wszczepianie pomp wspomagających pracę serca. Według nas tylko taki pilotaż może przynieść oczekiwane efekty, a po weryfikacji i odpowiedniej korekcie, bo na pewno ona będzie wymagana – zostać rozszerzony na cały kraj.

Po drugie, niejasne są dla nas jednak źródła finansowania tego projektu. W dokumencie towarzyszącym rozporządzeniu, który nazywa się ocena skutków regulacji, napisano, że dodatkowo efektem pilotażu ma być lepsze wykorzystanie możliwości ośrodków kardiologicznych, opartych na potencjale sprzętowym i doświadczonych zasobach kadrowych, które obecnie nie udzielają świadczeń w pełnym zakresie swoich możliwości. Jednak w ośrodkach kardiologicznych niewykorzystanie potencjału występuje jedynie z powodu ograniczania liczby i rodzaju świadczeń kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co dalej łączy się z kolejnym niejasnym i budzącym już naprawdę niepokój zdaniem w wyżej wymienionym dokumencie. Cytuję: „Projekt rozporządzenia będzie miał wpływ na plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia. Wygospodarowanie środków w ramach budżetu NFZ nastąpi przez zmianę alokacji środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w planie finansowym NFZ na lata 2021–2022”.

Co oznacza w tym przypadku ta alokacja środków w obrębie Narodowego Funduszu Zdrowia? Czy oznacza przesunięcie środków z innych jednostek kardiologicznych z terenu Polski na rzecz jednostek, które wejdą do sieci? Jeżeli wdrożenie projektu pilotażowego sieci kardiologicznej miałoby być finansowane ze środków pochodzących spoza NFZ, byłoby to w naszej opinii dobre i najbardziej bezpieczne rozwiązanie. Finansowanie pilotażu sieci w żaden sposób nie powinno według Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego ograniczyć dostępu do świadczeń oraz ograniczać środków przeznaczonych dla ośrodków będących poza pilotażem sieci.

Po trzecie, dlaczego tak ważny program jak pilotaż sieci kardiologicznej nie został poddany prekonsultacjom, co zresztą napisali sami autorzy rozporządzenia, ze środowiskiem kardiologów, kardiochirurgów, specjalistów zdrowia publicznego, krajowym nadzorem kardiologicznym i organizacjami pacjentów kardiologicznych? Sądzimy, że pozwoliłoby to na uniknięcie wielu niejasności w treści rozporządzenia ministra zdrowia. Prosiłbym pana ministra o odpowiedź na te pytania i ustosunkowanie się do naszych wątpliwości i propozycji.

Na zakończenie chciałbym poruszyć temat programu koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca, który panu ministrowi chyba umknął, a który, podobnie jak znakomicie sprawdzający się program KOS-zawał, został przygotowany przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Rozmowy z Ministerstwem Zdrowia i wprowadzanie pilotażu programu KONS do realizacji mają swoją dość długą, bo już prawie trzyletnią historię – mniej więcej tyle czasu minęło od ogłoszenia rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie pilotażu KONS. Od tego czasu tak naprawdę nic dalej się nie wydarzyło. Rozmowy między towarzystwem a Ministerstwem Zdrowia stają się coraz rzadsze, co można częściowo oczywiście złożyć na karb pandemii, i to rozumiemy, jednak trudno jest nam zrozumieć dalsze przewlekanie tej sprawy i przesuwanie terminów kolejnych spotkań.

Program KONS – według naszej opinii i opinii ekspertów – jest potrzebny, i to mimo ujęcia w rozporządzeniu pilotażu sieci kardiologicznej niewydolności serca jako jednej z czterech jednostek chorobowych. Według Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego program KONS, który – co chciałbym podkreślić – jest już przygotowany i dedykowany wyłącznie pacjentom z niewydolnością serca, zapewni lepszą, bardziej racjonalną i skoordynowaną opiekę tej wielkiej, ponadmilionowej grupie chorych. Pozwoli to na zmniejszenie liczby niepotrzebnych hospitalizacji i w dalszej perspektywie, zmniejszenie największej w kraju śmiertelności, którą powoduje niewydolność serca. Ta śmiertelność jest większa niż śmiertelność z powodu jakiegokolwiek nowotworu.

Z tych powodów KONS powinien według nas uzyskać teraz priorytet w realizacji. W związku z tym prosiłbym pana ministra w imieniu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego o jednoznaczną odpowiedź, czy tak potrzebny polskim pacjentom program koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca będzie ostatecznie realizowany, czy nie. Zaangażowanych jest w to wiele osób i chcielibyśmy wiedzieć, co będzie z tym dalej. Bardzo dziękuję panu przewodniczącemu, panu ministrowi i państwu posłom za wysłuchanie opinii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Dziękuję jeszcze raz.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Poszliśmy drogą wysłuchania zaproszonych ekspertów, więc może na tym etapie oddam też głos panu profesorowi Kaźmierczakowi, konsultantowi krajowemu. Następnie będą posłowie, potem goście, którzy zostali zaproszeni i oczywiście zgłosili chęć zabrania głosu. Bardzo proszę, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii Jarosław Kaźmierczak:

Panie przewodniczący, panie ministrze, bardzo dziękuję za zaproszenie na to posiedzenie sejmowej komisji. Rzeczywiście, kardiologia na tle pandemii to bardzo ważny problem. Zresztą nie tylko, bo problemy kardiologiczne były przecież od zawsze i niestety nas nie opuszczają. W całej rozciągłości zgadzam się z wypowiedzią pana profesora Witkowskiego à propos całej sytuacji, à propos programu sieci kardiologicznej. Podpisuję się pod tym dwoma rękoma.

Żeby nie przedłużać i nie powtarzać tego samego, chciałbym zwrócić uwagę na jedną bardzo ważną rzecz, o której nie wspominał ani pan minister, ani pan prezes PTK, a mianowicie na sprawę refundacji leków. Bardzo opornie i powoli idą procesy refundacyjne leków potrzebnych w kardiologii. W aspekcie epidemii niewydolności serca zwracamy uwagę na dwa leki, które w naszej ocenie, w ocenie lekarzy powinny być w Polsce refundowane, jak dzieje się w większości, bo w 90% krajów Unii Europejskiej, a w zasadzie we wszystkich z wyjątkiem Polski. Mówię o leku sakubitryl/walsartan i nowym leku, którego proces rejestracyjny toczy się chyba w dobrym kierunku, za co bardzo dziękujemy – dapagliflozynie.

Zdaję sobie sprawę z tego, że refundacja leków jest problemem wielkich finansów, bo dotyczy dużych populacji, ale bez dostępnych leków, tych nowoczesnych, np.w niewydolności serca, nawet program KONS nie będzie w pełni działał. Na pewno będzie lepiej niż bez tego programu, ale nie będzie on działał na takich obrotach i z takimi efektami, jakie chcielibyśmy osiągnąć.

Nie chciałbym wypowiadać się jak ekonomista, ale mam taki skromny pomysł na znalezienie środków na refundację leków. Nie jestem specjalistą w zakresie ekonomii, ale z doświadczenia lekarskiego, wieloletnich rozmów z pacjentami, na podstawie tego, co widzę, jak pacjenci podchodzą do leków, a w szczególności do parafarmaceutyków, jak ich nadużywają – wydaje mi się, że w Polsce nie powinno być szeroko dostępnych zbyt tanich leków refundowanych. Lek za 3,2 zł nie jest przez pacjentów szanowany. Gdyby podnieść minimalną cenę leków do 6 zł, to uzyskalibyśmy olbrzymie środki – taki pomysł rzucam – na refundację nowoczesnych terapii lekowych, które są bardzo potrzebne i na które bardzo liczą nasi pacjenci. Na tym chciałbym zakończyć. Dziękując za uwagę, ten dodatek refundacyjny chciałbym bardzo podkreślić i poruszyć. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Myślę, że ze względu na to, że wspomniany pilotaż jest nadzorowany przez pana profesora Hryniewieckiego, na tym etapie oddajmy głos jeszcze panu profesorowi Hryniewieckiemu. Bardzo proszę.

Dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Tomasz Hryniewiecki:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję za zaproszenie. Ja chciałbym bardzo zareklamować pilotaż krajowej sieci kardiologicznej, bo uważam, że to jest świetna propozycja, żeby przyspieszyć drogę pacjenta do rozpoznania, a przez to do skutecznego leczenia.

W tej chwili bardzo wielu pacjentów jest w poradniach POZ, w poradniach specjalistycznych, ale tych na dole piramidy, i nie ma właściwego rozpoznania, przez co leczenie jest opóźnione. W związku z tym efekty tego leczenia są znacznie gorsze. My tylko im proponujemy przyspieszenie tej ścieżki, szybką diagnostykę i leczenie w najlepszych ośrodkach. Celem tego pilotażu jest też wykorzystanie potencjału ośrodków, które dysponują leczeniem na najwyższym poziome, ale przez to, że ryczałty ograniczają wykorzystanie potencjału, zarówno sprzętowego, jak i przede wszystkim ludzkiego, nie mogą leczyć takiej liczby pacjentów, jaka byłaby możliwa i pożądana. W związku z tym dla pacjentów z rozpoznaniem wstępnym, postawionym przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ale również przez kardiologów z poradni kardiologicznych pierwszego kontaktu z pacjentem i również szpitali w terenie, że tak powiem, proponujemy możliwość leczenia wszelkimi technikami, i bardzo szybko.

Wybraliśmy kilka chorób, w przypadku których uważamy, że w tej chwili ten problem jest największy. Oczywiście zgadzam się z moimi kolegami, którzy mówili o tym, że niewydolność serca jest istotna. Tak, jest, dlatego również niewydolność serca znalazła się wśród tych chorób. Są także takie choroby jak nadciśnienie tętnicze, ale nie zwykłe, na które chorują miliony Polaków, tylko nadciśnienie wtórne, czyli takie, że są kłopoty, że nie można skutecznie leczyć pacjenta w podstawowych poradniach i podstawowej opiece zdrowotnej. Tak więc szybka konsultacja i szybkie, nowoczesne leczenie.

Jest też dużo pacjentów z wadami zastawkowymi. To coraz większy problem, zwłaszcza jeśli chodzi o stenozę aortalną, starzejące się społeczeństwo. Tutaj również proponujemy szybki dostęp do najlepszych technik. No i wreszcie zaburzenia rytmu, czyli kolejna

epidemia chorób, jak również możliwość szybszego leczenia zabiegowego rozmaitych zaburzeń rytmu w najlepszych ośrodkach, poprzez ablacje.

Tak więc pilotaż to jest przyspieszenie rozpoznania, zwiększenie skuteczności leczenia, bo ona będzie na wcześniejszym etapie choroby, zaproponowanie lepszego wykorzystania potencjału najbardziej specjalistycznych ośrodków, które już mają sprzęt i ludzi, którzy potrafią to leczyć. Oczywiście chodzi też o to, by promować działania, tj. diagnostykę i ewentualnie leczenie ambulatoryjne. Tam będą wskaźniki, które będą preferencyjne w stosunku do opieki nad pacjentami w ambulatoriach względem hospitalizacji. Jest to więc kolejny korzystny efekt, który chcemy osiągać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz przechodzimy do wystąpień posłów. Pierwszą osobą, która się zgłosiła, jest pan przewodniczący Miller. Bardzo proszę.

Panie pośle, czy słyszy nas pan? Panie pośle, słyszę tu podpowiedź, żeby pan jeszcze raz się zalogował, a w międzyczasie inne osoby, które się zgłaszały... Pani poseł Gelert, bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Chciałabym poruszyć kilka spraw. Zapoznając się ze sprawozdaniem ministerstwa, z wielką przyjemnością czytałam, że państwo widzicie rozwój kardiologii na podstawie ustawy, która została wydana w 2015 r., o zdrowiu publicznym. Od tego datujecie państwo jakby lepszy rozwój i lepsze myślenie o kardiologii, a muszę powiedzieć, że ta ustawa powstała tak naprawdę dzięki bardzo dużemu zaangażowaniu – i to na pewno pan przewodniczący wie – obecnej pani senator Beaty Libery-Małeckiej, która nad tym bardzo długo pracowała. Trudno oddzielać, że dopiero od 2015 r. zaczęliśmy tak naprawdę zajmować się chorobami serca związanymi ze zdrowiem publicznym, ale świetnie, że państwo tak bardzo to uwypuklacie. Właściwie jest tutaj kilka stron poświęconych na to, że dobrze się stało, że pewne zagadnienia, bez względu na opcję polityczną, są kontynuowane.

Miałabym pytanie do pana ministra, ponieważ dużo się mówi, oczywiście na bazie tej ustawy, że podjęliśmy działania na rzecz zdrowego odżywiania. Chciałabym zapytać, czy państwo zrobili chociaż raz badania na temat żywności w sklepikach w szkołach? To była bardzo głośna sprawa. Bardzo dużo się mówiło o tych sklepikach. Najpierw miała być zdrowa żywność, potem częściowo ją wycofano, właśnie po 2015 r. Czy przez ten okres, lata 2018–2019, były jakiekolwiek badania i czy są jakiekolwiek uwagi odnośnie do sklepików w szkołach i tego, jak one wyglądają? Nie mówię, że na bazie 2020 r., bo ten rok w ogóle jest trudny, żeby cokolwiek porównywać, a na pewno, żeby robić jakieś badania.

Mówią państwo, że powstały porady żywieniowe i na przestrzeni trzech lat udzielono 10 tys. porad. Nie wiem, czy jest się czym chwalić, bo 10 tys. to wcale nie jest aż tak dużo. Państwo opisujecie, bodajże na str. 10, że udzielono 10 tys. porad przez Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej. To daje niecałe 3 tys. na rok. Nie jest to dużo, ale jednak coś się działo i na pewno jest to czymś dobrym dla pacjentów.

Wspomniał pan również o doposażeniu, które będzie kontynuowane, i w jakich kierunkach – echokardiografy itd. Chciałabym zadać pytanie panu ministrowi, jak to się ma do map potrzeb zdrowotnych? W mapach zdrowotnych jest ewidentnie napisane, jeżeli chodzi o kardiologię, jaki jest sprzęt, w jakich województwach ten sprzęt jest, jak również iluletni. Jak państwo do tego się odnoszą? Jeżeli jest tam napisane, ile ten sprzęt ma lat, to wiadomo, gdzie należy dokonać wymiany.

W tej chwili mówią państwo, że w tym roku, nie wiem właśnie, czy będą ogłaszać konkursy, jak ma wyglądać to doposażenie… Czy będą te konkursy? Kiedy będą? Mamy już marzec, więc w rezultacie niewiele czasu zostaje, bo trzeba się rozliczyć w roku budżetowym. Tak więc naprawdę zostaje niewiele czasu, aby przeprowadzić przetarg. Czy ten przetarg będą państwo przeprowadzać, czy to będą konkursy dla szpitali i jak mają się do tego mapy potrzeb zdrowotnych? Po co te mapy są, jeżeli potem trzeba do konkursu stawać i właściwie poniektórzy będą mieli wymieniane coś po raz trzeci, czwarty czy enty, dostaną sprzęt, a inni, którzy mają dziesięcioletni, wyeksploatowany sprzęt, mogą go nie otrzymać? To jest to pytanie.

I pytanie odnośnie do KOS-zawał. Padło pytanie odnośnie do pilotażu, który w tej chwili jest prowadzony, więc moje pytanie… Zgodziłabym się z pierwszą wypowiedzą pana profesora, który zadawał pytanie, dlaczego tylko województwo mazowieckie. A tak naprawdę, to jakie jednostki w tym województwie mazowieckim będą brały w tym udział? Potem mamy bowiem tego typu działania jak KOS-zawał.

Są szpitale, które swoje usługi świadczą często na pograniczu dwóch województw. Te sprawy dalej nie są rozwiązywane ani przez państwa jako ministerstwo, ani przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Trudno jest zapewnić kompleksową opiekę pacjentom, jeżeli nie można uzyskać kompleksowości w dwóch województwach. Jeżeli pacjent z jednego województwa leczy się w drugim województwie i otrzymuje podstawowe poziomy, czyli jest w szpitalu, ale potem musi mieć rehabilitację, a dany szpital nie ma możliwości podpisania umowy na rehabilitację w drugim województwie, to mimo że zwraca się do swojego macierzystego funduszu kilka razy, zostaje to bez odpowiedzi, tak jak i bez odpowiedzi zostaje pismo do państwa jako Ministerstwa Zdrowia. Zatem taka prośba – jeżeli robi się pilotaż w jednym województwie, to może nie widzi się pewnych problemów, które są na pograniczu i które trzeba rozwiązać wyłącznie dla dobra pacjenta. Gdzie ta kompleksowość usług? Oczywiście chciałoby się, żeby każde województwo było samowystarczalne, ale tak nie jest i w związku z tym rodzi się to pytanie.

I też pytanie odnośnie do pilotażu. Dlaczego wyłącznie w jednym województwie? Państwo na końcu tego swojego sprawozdania pokazujecie, jak dużo środków ministerstwo już wydatkowało. Proszę jednak zauważyć, że bardzo wiele środków jest wydatkowanych tak naprawdę albo na jeden instytut, albo tylko na drugi instytut. Wtedy faktycznie tych środków jest wydatkowanych bardzo dużo, zdecydowanie więcej, niż na całą Polskę przewidują państwo wydatkować w tym roku na ultrasonografy, respiratory itd. etc. To z mojej strony.

I chyba nie zgodziłabym się z niektórymi twierdzeniami, że jest taka katastrofalna i zła sytuacja w kardiologii, bo tak naprawdę w kardiologię zaangażowało się wcześniej bardzo dużo środków i działań. Oczywiście, ona przez pandemię mogła ulec pogorszeniu, bo jest gorszy dostęp do świadczeń – na to składa się wiele czynników i nie ma potrzeby tego powtarzać. Myślę jednak, że nie można używać takich słów, że sytuacja jest katastrofalna, że jest zapaść w kardiologii, ponieważ od kilku czy kilkunastu lat kardiologia na rynku europejskim, ale i światowym ma dosyć dobrą renomę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Mam gorącą prośbę do wszystkich państwa o krótsze wypowiedzi, pewną dyscyplinę czasową ze względu na to, że, przypomnę, mamy głosowania. Pan przewodniczący Miller – widziałem, że połączył się pan ponownie. Oddaję głos raz jeszcze. Bardzo proszę.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Dzień dobry państwu. Bardzo przepraszam, są jakieś kłopoty z połączeniem. Dziękuję za udzielenie głosu.

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, chciałbym nawiązać do tego, co mówili panowie profesorowie, czyli eksperci w zakresie kardiologii. Bez wątpienia działania w zakresie kardiologii, stworzenie rozsądnego i dobrego planu leczenia kardiologicznego są bardzo potrzebne, natomiast po wypowiedziach panów mam pewne wątpliwości. Wiem, że już w 2017 r. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zwracało się do ministerstwa z propozycją stworzenia sieci kardiologicznej. Niestety wtedy ministerstwo odmówiło i nie było zainteresowane tworzeniem takiej sieci. Dzisiaj z wypowiedzi panów profesorów wynika to, że nie było prekonsultacji. Czyli nie było prekonsultacji z tymi środowiskami fachowców, którzy wiedzą, jak leczyć, mają pomysły, a dzisiaj, jak widzimy, mają dużo zastrzeżeń do tego programu, który został stworzony. Pytanie jest takie, panie ministrze, skąd ten pośpiech? Dlaczego tak szybko? Tworzycie ten program, co prawda potrzebny, ale w pospiechu.

Jak słyszymy, jest to pogram bardzo kosztowny i bardzo potrzebny. Nie chcę już wypowiadać się politycznie, bo z tyłu głowy siedzi mi to, czy to nie są działania PR-owe, niestety. Ten program pilotażowy jest w tej chwili poddany dużej krytyce środowisk

kardiologów, kardiochirurgów, lekarzy nadzoru specjalistycznego. Pan profesor zgłasza wątpliwości – czy nawet całe Polskie Towarzystwo Kardiologiczne – odnośnie do tego, że nie wskazują państwo środków, z których będziecie to finansować. Istnieje obawa, że zabierzecie te środki z pozostałych placówek kardiologicznych w całym kraju. Nie chciałbym, żeby doszło do destrukcji, np. systemu kardiologii interwencyjnej, która do 2015 r. została stworzona i rozwija się bardzo dobrze. Dzięki temu mamy mniej zgonów spowodowanych ostrymi incydentami kardiologicznymi. Nie chciałbym, żeby doszło do tego, do czego doprowadzono w zakresie chirurgii naczyniowej, gdzie również była i jest ważna ta „złota godzina", kiedy należy pacjenta operować.

W związku z tym mój wniosek jest taki. Program jest potrzebny, trzeba go wprowadzić. Myślę jednak, że zaniechali państwo rzeczy niezbędne, czyli opinie środowiska kardiologicznego. W związku z czym są zarzuty, że ten program jest źle przygotowany, a szczególne wątpliwości budzi to, że program pilotażowy został przygotowany tylko dla jednego regionu. Jest to chyba trochę nieprzemyślane. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos kolejnej osobie, muszę jedną rzecz wyjaśnić, bo były problemy z łączem pana przewodniczącego. Chcę powiedzieć, że wypowiadało się trzech profesorów, w tym jeden z profesorów, który... Szanowni państwo, słyszeliśmy wypowiedź prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, konsultanta krajowego i pana profesora Hryniewieckiego. Słyszeliśmy różne opinie w tej samej sprawie.

Pierwsza rzecz. To nie jest tak, że ktoś, kto nie jest kardiologiem, pracował nad tym programem. Natomiast oczywiście pojawiły się różne opinie odnośnie do tego programu. Między innymi po to jest dzisiejsze posiedzenie Komisji, aby wyjaśnić te wszystkie niejasności, jak to doprecyzować, chociażby odnośnie do kwestii, że to jest tylko jedno województwo. Poza oczywiście innymi sprawami, które były poruszone przez państwa, wnioskodawców i pana ministra. Rzeczywiście wydaje się, że te pytania i wątpliwości są uzasadnione, ale do tego jeszcze później się odniosę.

Teraz w kolejności pani poseł Zawisza. Bardzo proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, zacznę od tego, że szczególnie serdecznie przywitam na posiedzeniu Komisji przedstawiciela Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i dziękuję, że pan minister przedstawił Komisji materiały do dzisiejszego spotkania. Pan minister omówił kolejny ważny odcinek działania polskiego systemu ochrony zdrowia, ale przejdę bezpośrednio do pytań. Będzie mi przyświecać w zasadzie jedno stwierdzenie i chciałabym, aby pan minister szczególnie zwrócił na to uwagę, ponieważ już dzisiaj o nim mówiłam. To jest mierzalny efekt.

Na początku cytat z raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny: „Wyniki analiz (Global Burden of Disease) jednoznacznie wskazują na chorobę niedokrwienną serca jako najczęstszą od lat przyczynę utraty zdrowia przez mieszkańców Polski". Informacja pana ministra zawiera znakomitą diagnozę – naprawdę znakomitą. Wyniki leczenia chorób układu krążenia przeżywają stagnację lub nawet pogorszenie. Mamy też całą paletę działań i celów. Niestety w informacji, którą nam przedstawiono, trudno doszukać się zwłaszcza skutków szeroko opisanych działań resortu na rzecz poprawy sytuacji polskich pacjentów i pacjentek, choć program POLKARD wskazał taki mierzalny efekt działań jak obniżenie liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia do 427 na 100 tys. osób. Ostatnie dane, jakie można wyczytać z raportu, są za 2018 r. Wskazują, że tego celu nie udało się na ten moment zrealizować.

I tu dopytam, bo informacji o najnowszych działaniach ministerstwa też nie udało się zawrzeć w przedstawionym nam dokumencie – skąd pośpiech z krajową siecią kardiologiczną? Pytam, bo już wielokrotnie powtarzano, zresztą sam przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego mówił, że są zaskoczeni, jak my wszyscy, że przecież od lat trwały prac nad programem KONS, co najmniej od 2018 r., spotykały się zespoły problemowe. Jaki mierzalny skutek ma osiągnąć pilotaż sieci? Przyspieszenie diagnostyki – o ile, z jakich danych wychodzimy, do jakich danych chcemy dojść? Bez odpowiedzi na te pytania skończymy tak naprawdę z pilotażem, który – tak jak pilotaż sieci

onkologicznej – będzie miał zaplanowane działania i z braku zmierzonego punktu wyjściowego będzie można od razu, w zależności punktu widzenia, ogłosić go sukcesem lub porażką. To znaczy my potrzebujemy wiedzieć, gdzie jesteśmy obecnie i gdzie chcemy dojść, żebyśmy mogli ocenić, czy dany pilotaż jest tak naprawdę sensowny.

Dlaczego pominięto szersze konsultacje w tej sprawie? Dlaczego pilotaż ma obejmować wyłącznie województwo mazowieckie – to też już wielokrotnie padało. Jaki jest powód? To jest jednak najbogatszy region i wyniki w nim uzyskane mogą nie przekładać się w prosty sposób na cały kraj. Czy ministerstwo zgodnie z sugestią Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zdecydowałoby się jednak na to, żeby wybrać kilka województw o różnej liczbie mieszkańców, z różnymi problemami? Tak żeby można było ocenić działanie tego pilotażu sieci w sposób sensowny. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję też za dyscyplinę czasową. Pan poseł Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo.

Z uwagą przysłuchiwałem się temu, co mówił pan minister. Z kardiologii, która jest naprawdę bardzo szeroką dziedziną, skupię się na chorobie niedokrwiennej serca. Jak wiadomo, w ciągu kilkunastu lat leczenie choroby niedokrwiennej bardzo się poprawiło. Zazdrościłem kolegom kardiologom, że tak bardzo zmniejszyła się śmiertelność z powodu zawałów. Było to oczywiście wynikiem powstania sieci oddziałów kardiologii inwazyjnej, która w stosunkowo krótkim czasie przyniosła znakomite wyniki. Wpompowano bardzo duże pieniądze, natomiast w pewnym momencie – nie umiem podać roku – nastąpiło tąpnięcie związane z bardzo drastycznym obniżeniem wyceny punktów za procedury związane z kardiologią interwencyjną, co ciągnie się do dzisiaj.

Pan minister powiedział coś takiego, że w swoich planach macie również zwiększenie liczby oddziałów kardiologii inwazyjnej. Chcę powiedzieć, że po pierwsze wydaje mi się to nieracjonalne, dlatego że my mamy dzisiaj w Polsce jedną ze stosunkowo najlepszych sieci kardiologii inwazyjnej w Europie, w związku z tym dalsze zwiększanie tej sieci chyba nie jest do końca właściwe. Natomiast z powodu tego, że obniżyli państwo wycenę procedur, dzisiaj te oddziały mają problemy zarówno z wymianą sprzętu, który jest niezwykle drogi, jak i z pozyskaniem lekarzy. Brakuje lekarzy, którzy chcą pracować na kardiologii inwazyjnej.

Taki ośrodek kardiologii inwazyjnej jest na przykład w Szczecinku. Dojeżdżają tam kardiolodzy praktycznie z całej Polski. Trudno mi sobie wyobrazić przy dalszym zwiększaniu liczby tych ośrodków, skąd ci lekarze będą brani, dlatego że dzisiaj przez zmniejszenie wyceny procedur praca na oddziałach kardiologii inwazyjnej nie jest już tak atrakcyjna dla kardiologów. Oni często wolą pracować w oddziałach wewnętrznych, gdzie po prostu więcej zarabiają.

Chciałbym też powiedzieć o drugiej sprawie. To znaczy o pogorszeniu się wyników związanych z leczeniem choroby niedokrwiennej w 2020 r. Państwo będą mieli na pewno już za chwilę jakieś dane dotyczące tego roku. To jest oczywiście związane z tym, że ludzie zgłaszają się za późno albo w ogóle nie zgłaszają się do lekarza. Boją się po prostu COVID-u. Wydaje mi się, że powinno się zwrócić olbrzymią uwagę na wzmocnienie edukacji, między innymi w telewizji, żeby tłumaczyć ludziom, że w momencie kiedy mają dolegliwości, które wskazywałyby na chorobę niedokrwienną, na jej zaostrzenie, należy natychmiast zgłosić się do lekarza, a nie zgłaszać się po trzech–czterech dniach, kiedy stentowanie jest już albo niemożliwe, albo niewiele daje.

I ostatnia sprawa. O tym wspomniał pan profesor Hryniewiecki, ale ja też mam takie sygnały od kolegów kardiologów inwazyjnych. Jest to bardzo ważne i można to stosunkowo łatwo i szybko zrobić. To znaczy zrobić sieć dyżurów ablacyjnych. Jest w tej chwili olbrzymi wzrost liczby chorób serca związanych z niemiarowością, z zaburzeniami rytmu. Przynajmniej w każdym województwie powinien być jeden kliniczny ośrodek, gdzie chorego w nagłych wypadkach konieczności wykonania ablacji można by było tam skierować. Myślę, że przy skierowaniu naprawdę stosukowo niewielkich środków jest

to możliwe bardzo szybko do wykonania, a koledzy nie mają po prostu tych pacjentów gdzie kierować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Również bardzo dziękuję. Pan poseł Rutka, bardzo proszę.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, takie pytanie odnośnie do tego, na jak długo jest ten program rozpisany i także, czy jest możliwość rozszerzenia liczby partnerów, którzy w tym pilotażu będą brali udział. Ta kwestia była już poruszana. Chodzi też o rozszerzenie terytorialne, żeby poza obszar Mazowsza można było wprowadzić nowe jednostki. Także pytanie o kryteria ewaluacji pilotażu. Jakie one są? Takiej informacji nie znalazłem.

Trzecia rzecz. Czy ministerstwo prowadzi jakieś prace, oczywiście wspólnie z gronem specjalistów, dotyczące diagnozy i badania PIMS-TS? Chodzi o pediatryczny wieloukładowy zespół zapalny, tymczasowo związany z SARS-CoV-2 przede wszystkim u dzieci. Jest to więc kwestia potencjalnych powikłań po przebytej jednostce chorobowej, koronawirusie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Na łączach jest teraz pan poseł, pan profesor Maksymowicz. Bardzo proszę.

Poseł Wojciech Maksymowicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie i panowie, witam wszystkich, oczywiście również pana ministra.

Pilotaż dotyczący sprawdzonych rozwiązań to tylko przejaw dramatycznego niedostatku środków i działanie, które jest stosowane, aby nie wdrożyć sprawdzonych rozwiązań w całym kraju w związku z dramatycznym brakiem środków, czyli wtedy pojawia się jakieś takie działanie. Nie sądzę, żeby to było najlepsze rozwiązanie. Ono ma na pewno znaczenie PR-owe, natomiast praktycznie wzmacnia tylko pojedyncze ośrodki, do tego – jak widzimy – w konkretnych obszarach.

Trzeba pamiętać o tym, że mówimy o chorobach, których przyczyną są nadciśnienie tętnicze, cukrzyca. Ogólnie chodzi przecież w większości wypadków – oczywiście poza pewnymi wadami – o chorobę miażdżycową. To oczywiście dotyczy w ponad 50% przypadków chorób serca, ale również w ponad 40% innych chorób, w tym zwłaszcza układu nerwowego. Dlatego też podstawowe problemy rozwiązywane są nie w oddziałach kardiologicznych. One są rozwiązywane w oddziałach chorób wewnętrznych, przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej, a powinny być w oddziałach neurologicznych. Oddziały te obecnie, w dobie COVID-u, tym bardziej są przeciążone. Od początku są oczywiście słabo finansowane. Jest to prawdziwy problem, ponieważ są one blisko chorych. Są na wyposażeniu każdego szpitala powiatowego, a powinny być również elementem szpitali klinicznych, bo przecież w uczelniach uczymy przede wszystkim lekarzy ogólnych, a dopiero potem oni się specjalizują.

Moje pytania są takie. Jaka jest obecna kondycja finansowa i funkcjonalna oddziałów chorób wewnętrznych i oddziałów neurologicznych? To jest pytanie kierowane do Ministerstwa Zdrowia. Jak ona się zmienia w związku z pandemią? Widzieliśmy głównie zbiory całych już rozpoznań kardiologicznych. I wreszcie, jak ministerstwo widzi szansę wzmocnienia chorób wewnętrznych, oddziałów neurologicznych – finansowo przede wszystkim, ale też sprzętowo – które są zarówno we wszystkich szpitalach powiatowych, jak i powinny być też na wyższych poziomach? Są one niedowartościowane, a to tam rozpatruje się podstawowe problemy przewlekłej choroby. Dlatego prosiłbym o odpowiedź.

Chcę również zasygnalizować jeden problem. Mamy pewne dane. Rzeczywiście w pewnych wypadkach fragmentarycznie udaje się je uzyskać z pracy analitycznej, głównie Departamentu Analiz. Natomiast cały czas uporczywie czujemy niedostatek danych Narodowego Funduszu Zdrowia, aby w ramach prac epidemiologicznych można było sięgnąć do tych wspaniałych źródeł informacji, pozwalających na prognozowanie i tworzenie strategii na przyszłość, również dla władz państwowych, w ramach prac

naukowych uczelni medycznych. Dlatego zwracam się z prośbą o udrożnienie możliwości pozyskiwania danych. One mogą być anonimizowane czy pseudoanonimizowane, nie powinny być natomiast zamykane, niedostępne…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Zawiesił się dźwięk, ale zdaje się, że pan profesor już skończył. Dziękuję bardzo.

Poseł Wojciech Maksymowicz (PiS):

Dziękuję bardzo. Tak, właśnie skończyłem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan poseł Wolski, proszę uprzejmie.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Pan przewodniczący prosi o dyscyplinę czasową, a są przecież setki ważnych problemów i to na każdym etapie – profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Musnę zatem tylko ważne według mnie tematy, zaczynając od przeszłości.

Kardiologia od dziesięcioleci była niesłychanie ważna dla kolejnych rządów, kolejnych ministrów zdrowia, z powodów czysto zdrowotnych, rzecz jasna, ale i politycznych. Taka jest sytuacja i pewnie nadal będzie. Szamotanina, w sensie różnych rozwiązań korzystnych dla pacjentów, przy okazji często dla personelu, również politycznie, była zawsze. Do tego mamy do czynienia z szybkim postępem różnych technik diagnostyki i terapii – czy to sprzętowej, czy chociażby, jeśli chodzi o wspomniane leki.

A więc rozdźwięk między coraz bardziej kosztownymi możliwościami, które medycyna oferuje, a możliwościami, jest coraz większy. I pewnie też tak trzeba patrzeć na proponowany pilotaż, że tu są też te elementy niestety polityczne. Może to zrozumiałe. Przekonujące byłyby to wtedy, gdyby pilotaż wyszedł, a zapewne wyjdzie. W międzyczasie nauczymy się, co poprawić, gdyby to można było rozszerzyć, a zapewne stanie się to jednak kosztem uszczuplenia tych jednostek, które pilotażem objęte nie będą. Takie głosy też padały.

Żeby nie przedłużać – mamy tu najwyższej klasy fachowców. Wiem, że obserwują, ale czy mamy jakieś przybliżone dane? Pewnych nie mamy i pewnie długo mieć nie będziemy. Czy jesteśmy w stanie jakoś oszacować, na ile przebycie epidemii konkretnie, w wymiarze ogólnym, w odniesieniu do ewentualnych odległych następstw po COVID-19… Czy coś na ten temat wiemy? To znaczy wiemy, tylko chodzi o to, na ile wiemy, bo mam pełną świadomość tego, że jeszcze lata będą potrzebne.

Mówię to nie bez kozery, bo mamy mnóstwo statystyk – dziękuję za nie panu ministrowi zdrowia. Na przykład, jeżeli chodzi o umieralność, oby do tego nie doszło, w wyniku epidemii w minionym roku było to nawet 100 tys., a w tym umrze więcej, niż wynikałoby z danych statystycznych z wcześniejszych lat. Myślę, że pan minister też wie, że również jeśli chodzi o karty zgonu, były próby przed laty, żeby karty zgonu troszeczkę rozbudować. Chodziło o to, aby wiedza, która jest niesłychanie potrzebna ministrowi zdrowia, i nie tylko, do podejmowania właściwych decyzji na przyszłość, była pełna. Z kartami zgonu każdy kraj ma problemy, ale są powszechne opinie różnych instytucji międzynarodowych, że nasze karty zgonów jednak są mniej wiarygodne niż w innych krajach Unii Europejskiej.

Już kończę, bo nie chcę przedłużać. Oczywiście myślimy o olbrzymich rzeczach, i słusznie, żeby było szybko, bo w kardiologii czas jest niesłychanie ważny. Jednak nie tylko chodzi o te minuty, by pacjent dostał się do ośrodka kardiologii inwazyjnej, bo to jest oczywiste. Sukcesów od wielu, wielu lat, nie tylko w tej kadencji, ale szczególnie w minionych kadencjach, mamy sporo, jeżeli chodzi o kardiologię inwazyjną.

Może patrzę na to jako praktyk. Jednak, jeśli chodzi o ten czynnik czasu, to dobrze byłoby, żeby pacjent z przysłowiowym I25, czyli przewlekłą chorobą wieńcową, dość szybko, na poziomie ambulatoryjnej opieki, bo chodzi też o koszty, trafiał to do szybkiej oceny, diagnozy na poziomie sprawnej, usprzętowionej poradni kardiologicznej. Nie chcę tego tematu rozwijać, jest tu dużo lekarzy. Potem też powinny być selekcje, bo chodzi o czynnik czasowy. Na przykład, jeśli zawał serca już się dokonał, to minuty… Do obumarcia mięśnia sercowego – dziesiątki minut.

Zazwyczaj moment, kiedy nastąpi zawał serca, jest nieprzewidywalny, ale często jest sygnalizowany objawami wyprzedzającymi, ostrzegającymi, że pacjent zmierza do zawału serca. I tu delikatna sprawa – jeżeli ten pacjent zgłosi się do lekarza POZ, to ten lekarz oczywiście to wyłapie. To oczywiste, że uruchomi jakieś procedury, żeby pacjent jak najszybciej znalazł się na SOR, żeby go ratować. Jednak bardzo często ci pacjenci nie chcą iść do lekarza POZ, bo czekają na termin u kardiologa. Czekają długo, bo w jednej kolejce są osoby zagrożone i tzw. chronicy, czyli – przy całym szacunku dla różnych pacjentów – pacjenci z ustabilizowanym stanem. Oni też w tej kolejce są, idą do kardiologa i słyszą mniej więc to – już troszeczkę trywializując – że nic się nie dzieje, że pan doktor rodzinny panu/pani zapisał bardzo dobre leki, proszę je brać dalej i nie ma takiej… Ja wiem, to jest trudny mechanizm, i nie tylko w kardiologii, bo to jest uniwersalne…

Czy dałoby się zastosować takie mechanizmy, żeby pilniejsze, zagrażające przypadki kardiologiczne wcześniej tam trafiały i żeby– bo mówimy o niewydolności krążenia, ale nie będę już tego poruszał – zapobiec zawałowi serca? Teoretycznie mamy takie możliwości. Może by je zwiększyć, aby zapobiec zawałowi, a gdyby do niego doszło, żeby ten pacjent miał większe szanse przeżycia bez znaczących następstw przebytego zawału serca.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze raz przypominam o dyscyplinie związanej z głosowaniami, które będziemy mieli za 50 minut. Pani poseł Skowrońska, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, panie ministrze, chciałabym powiedzieć, że wszystkie głosy przede mną, zarówno specjalistów, jak i państwa posłów, były krytyczne w związku z przedłożonym projektem, perspektywą realizowania Narodowego Programu Zdrowia czy Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Zarówno zaczynając od pilotażu, jak i w zakresie finansów poświęconych na tę dziedzinę ratowania życia ludzkiego.

Pozwolę sobie powiedzieć, że dobrze, że to jest punkt realizowany z przyjętego planu pracy, ale niedobrze, że dzisiaj będziemy rozmawiać o ogólnym, ważnym problemie dotyczącym projektu, jak powiedziałabym najkrócej, zrealizowania wyroku Trybunału Konstytucyjnego, mówiącego o płaceniu przez państwo obowiązkowo za wszystkie świadczenia, żeby nie powstawały długi. Państwo powiedzieli, że w zakresie kardiologii inwazyjnej mamy realizowane procedury, które są nisko wycenione. Zatem budowa nowych ośrodków kardiologii inwazyjnej w sytuacji, kiedy wycena punktowa będzie taka, jak jest dzisiaj, nie będzie realizowaniem czegoś, co będzie mogło poprawiać dostępność, albo że cokolwiek w tym zakresie się poprawi.

Oczekuję od pana ministra udzielenia odpowiedzi na najtrudniejsze pytanie. Co państwu się nie udało? Finansowanie, konsultowanie ze środowiskiem... Jeżeli zakładamy jakikolwiek program, to robimy ocenę jakościową, ale i ilościową. I w tej ocenie ilościowej brakuje mi takiej rzeczy, o której państwo by powiedzieli – dzięki działaniom raz, dwa trzy, cztery osiągamy określony efekt, dzięki innym działaniom realizujemy określony efekt. Nie lubię papierologii. Wiem, jak wyglądało przekształcanie czy zmiana systemu ochrony zdrowia w latach 1998–1999. Sama za taką część odpowiadałam. Wiem, jak było trudno. Nic się nie zmieniło i nic państwo nie pokazujecie.

Wiem, że moje pytanie jest trudne, ale to jest pytanie o początek drogi, bo przecież w którymś momencie… Cel mamy identyczny, tylko państwo opakowujecie byle jaki produkt, żeby go sprzedać politycznie, a nam zależy… Państwo też to robili. Patrzę na pana przewodniczącego Latosa i innych. Przecież nie jesteśmy od dzisiaj w parlamencie. Państwo każdą rzecz krytykowali. A zatem, jeśli otrzymam odpowiedź na pytanie od pana ministra, co panu w tym się nie udało albo co państwo chcecie zmienić – raz, dwa trzy – to zrozumiem, że podchodzimy do tego z sercem dla chorób kardiologicznych, bo tak powinniśmy o tym rozmawiać.

Drugie. O ile więcej pieniędzy otrzyma kardiologia? Przecież przy tej nowej formule podporządkowania szpitali i przejęcia tych wszystkich długów, jak trybunał wskazał,

państwo na to musicie teoretycznie wyłożyć 10–15 mld zł. Jakie będą następne kroki albo jak państwo monitorujecie, jak wygląda, tak jak powiedział przedmówca, ewaluacja takiego programu, który państwo założyli? I w którym momencie? Przyłączam się do tych wszystkich, którzy mówią o pilotażu.

Pilotaż. Dotychczas wszyscy państwo posłowie mówią, od pani poseł Gelert, przez pana posła Hardiego, aż do pana posła Maksymowicza, że taki pilotaż jest mało efektywny, jeśli chodzi o zebranie określonych informacji, ale pokazuje, że jest mało pieniędzy. Ile państwu tych pieniędzy brakuje, żebyście mogli ten program zrealizować? Skąd będą pieniądze?

I ostatnia już rzecz, panie ministrze, to też czarowanie. Jestem kobietą i czyjeś czarowanie powinno mnie interesować, ale powiem panu, kiepsko to czarowanie wygląda, dlatego że przy opłacie cukrowej, o której państwo wspominacie, nie powiedziano nic. Nic. Zapłacony podatek, opłata cukrowa jest hasłem. Nie pokazano, ile państwo z tej opłaty cukrowej przekierujecie wprost na ochronę zdrowia, tylko teraz, w konflikcie próbujecie to pokazać. Media – na ochronę zdrowia pójdzie 400 czy ileś milionów. Przecież pan wie, ile brakuje pieniędzy w ochronie zdrowia. Jeśli pan będzie odważny i powie, co nie wyszło, to zrozumiem, że naprawdę rozmawiamy poważnie, a inaczej to będzie takie sobie posiedzenie. Panie przewodniczący Latos, dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Korwin-Mikke, bardzo proszę.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Ja bardzo krótko. Słucham tego wszystkiego i widzę, że wszyscy mają jakieś wyobrażenie, gdzie trzeba dawać pieniądze, natomiast w normalnym kraju pieniądze idą tam, gdzie potrzebuje ich pacjent, który płaci za leczenie z własnej kieszeni. Wtedy wiadomo, ile wydać, bo ci, którzy zarabiają na leczeniu chorych, wiedzą, gdzie zainwestować, żeby najwięcej zarobić. Państwo tego w ogóle nie powinno wiedzieć. I tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan przewodniczący Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, panie ministrze, panowie profesorowie, Wysoka Komisjo, ja może troszeczkę bardziej pozytywnie, według takiej dewizy „sercem dla serca". Chciałbym powiedzieć w ten sposób: nie ulega żadnej wątpliwości, że polska kardiologia, tym bardziej kardiologia interwencyjna, jest na światowym poziomie. Zawdzięczamy to oczywiście wspaniałym lekarzom, wspaniałym specjalistom, profesjonalistom w tej dziedzinie. Z tego miejsca wielkie podziękowanie i wielki szacunek dla państwa kardiologów, specjalistów i profesjonalistów wysokiej klasy, którzy dają nam poczucie bezpieczeństwa, a także innowacyjności i nowoczesności w kardiologii. Można bowiem powiedzieć, że praktycznie tą „złotą godziną" – od wystąpienia pierwszych objawów klinicznych choroby wieńcowej do otrzymania specjalistycznej pomocy w ośrodku kardiologii interwencyjnej – jest objęty cały kraj. To jest bardzo dobre.

A jeśli jeszcze będzie tak, panie ministrze, że do pięciu–sześciu godzin, czyli tej „złotej godziny" w aspekcie udaru niedokrwiennego, będzie trombektomia mechaniczna, to naprawdę będziemy liderami albo na poziomie światowym. A praktycznie już znakomita część obszaru Polski jest objęta takimi ośrodkami, czyli do sześciu „złotych godzin" w udarze niedokrwiennym mózgu w aspekcie trombektomii mechanicznej. To cieszy i jest to budujące. Trzeba to powiedzieć i zaznaczyć – naprawdę mamy kardiologię na wysokim poziomie. Oczywiście w każdym kraju choroba niedokrwienna serca jest na pierwszym miejscu umieralności. To poprawiamy i z tym walczymy cały czas.

Chciałbym też zwrócić uwagę na pewne programy, o których jeszcze nie było mowy. Jest taki program z Unii Europejskiej, o charakterze prewencyjno-edukacyjnym, a więc „Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca", to jest KORDIAN. Od 2019 r. robimy więc… To nieprawda, że nie idziemy z postępem, zgodnie z duchem europejskiej czy światowej kardiologii. Oczywiście o innych też mówiono.

Natomiast ja chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na kwestię innowacyjności kardiologii polskiej i w ogóle światowej w aspekcie wszczepienia przezcewnikowego bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej serca, tym bardziej że proszę zauważyć, iż układ stymulujący serca był wszczepiany w Polsce już praktycznie od kilkudziesięciu lat. Są więc pewne osoby, które będą wymagać właśnie takiej interwencji. To jest bardzo innowacyjne podejście. Tak jak innowacyjnym podejściem jest to, że prawdopodobnie będziemy mieli finansowane monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepiennych rejestratorów zdarzeń. To jest bardzo istotne. Wymaga to bardzo innowacyjnego i nowoczesnego podejścia.

Reasumując, panie ministrze, panowie profesorowie i państwo specjaliści z zakresu kardiologii, oczywiście wiemy, że w kilkuletniej obserwacji po zawale serca mamy olbrzymi sukces, ale musimy jeszcze walczyć o zmniejszenie śmiertelności w pięcioletniej obserwacji po zawale serca. Musimy jeszcze walczyć z tym, że w niewydolności krążenia 11% pacjentów w ciągu pierwszego roku od pierwszej hospitalizacji niestety umiera, a więc to poprawiamy. Pan profesor Kaźmierczak mówił o innowacyjnych lekach, na przykład sakubitrylu, i innych nowoczesnych lekach, które są stosowane w niewydolności krążenia. Myślę więc, że ministerstwo pochyla się na tym problemem i te innowacyjne leki, które przedłużają życie w tych sytuacjach, będą mieć na względzie.

Tak więc ja tylko tyle. Jeszcze raz gratulacje i wieki szacunek dla wszystkich lekarzy, wszystkich specjalistów w zakresie kardiologii, ale i neurologii, bo praktycznie – mówiłem o trombektomii mechanicznej – jest to powiązane z zaburzeniami rytmu serca. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, mam jeszcze zgłoszenia osób, które są na łączach, plus innych gości, którzy są na dzisiejszym posiedzeniu Komisji, więc na koniec głosów poselskich jeszcze ja zabiorę głos. Przypominam, że musimy wysłuchać – najważniejsze – odpowiedzi pana ministra, więc też prośba o dyscyplinę do gości, którym za chwilę oddam głos.

Szanowni państwo, ma rację pani poseł Skowrońska, sprawami kardiologii, jak tu siedzimy... Patrzę na panią poseł tak wiele lat, że aż wstyd powiedzieć, ile to już lat.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Chyba dobrze wyglądam.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł dobrze, ja trochę gorzej, bo kiedy zaczynałem, to jeszcze nie miałem siwych włosów. Szanowni państwo, zawsze mówiłem to samo i zawsze miałem podobny punkt widzenia. Otóż, udało się – zresztą dzięki rożnym rządom, różnym ministrom i przede wszystkim środowisku lekarskiemu, znakomitym kardiologom – osiągnąć spektakularny sukces, jeżeli chodzi o leczenie zawałów. Państwo o tym mówili. Sprawa jest jasna i nie wymaga dalszego rozwijania. Nie udało się nam do tej pory niestety, mimo że jesteśmy liderami w Europie, zrobić drugiego kroku, jeżeli chodzi o nieostre przypadki albo te, które były ostrymi, a później wymagały dalszej opieki, dalszego leczenia.

Chyba poseł Wolski o tym wspomniał między innymi. Mamy też problem, który sprawę dodatkowo komplikuje, pewnych przyzwyczajeń polskich pacjentów, że do lekarza rodzinnego często idzie się po skierowanie do takiego czy innego specjalisty, a w wielu tych przypadkach lekarz rodzinny mógłby w sposób znakomity leczyć, prowadzić pacjenta. Wtedy oczywiście nie byłoby tego problemu. Powiem inaczej, odwrotnie – wtedy do kardiologa trafiliby tylko ci, którzy tam trafić powinni. To też by znacznie poprawiło efektywność.

Co w związku z tym należy robić? Jak pamiętam z przeszłości, były różnego rodzaju pomysły, plany. Na pewno udało się ogromnie poprawić zaopatrzenie w nowoczesny sprzęt. No i mamy teraz propozycję pilotażu. Odnośnie do idei, do samego pomysłu zrobienia pilotażu to oczywiście jak najbardziej za. Panie ministrze, trzeba też – wydaje mi się, że to chyba jest dość jasne – zdefiniować, co my chcemy ociągnąć tym pilotażem, jaki ma być efekt tego pilotażu. To pozwala ustalić, jak szeroko on ma być prowadzony, nie tylko terytorialnie, ale w obrębie danego województwa, czy to ma dotyczyć tylko

i wyłącznie tego najwyższego stopnia referencyjności, czy to ma sięgnąć po elementy współpracy, również z lekarzami rodzinnymi w jakiejś formule.

Mówiliśmy o środkach finansowych. Szanowni państwo, ja bym powiedział tak: kiedy, jeżeli nie teraz, kiedy mamy ustawę o 6%, jest Fundusz Medyczny, a sytuacja rzeczywiście się poprawiła. Zawsze, jeżeli to będzie pilotaż, to nie będą to aż tak wielkie pieniądze w moim przekonaniu, żeby państwa nie było stać w sytuacji, kiedy te nakłady rosną, na jego przeprowadzenie z celem, który musi być jasno zdefiniowany i przedstawiony.

Państwo mówili o pewnej terytorialności. Muszę powiedzieć, że ja z tymi głosami w znacznym stopniu się zgadzam. To znaczy trudno mi sobie wyobrazić efektywny pilotaż na podstawie jednak dość niereprezentatywnego województwa, czyli wyłącznie województwa mazowieckiego, ponieważ tu jest większe nasycenie placówkami specjalistycznymi, lepsze finansowanie. Nieraz denerwowaliśmy się o to, jak są robione podziały algorytmem przy Narodowym Funduszu Zdrowia, niezależnie od tego, czy teraz, kiedy rządzi Zjednoczona Prawica, czy przedtem, kiedy państwo rządzili. Zawsze był problem takiego rozdziału. Tutaj też społeczeństwo jest bardziej zamożne. Są inne możliwości leczenia, również w placówkach niepublicznych.

W związku z tym, jeżeli ten pilotaż mamy efektywnie przeprowadzić, to rzeczywiście jestem za tym, żeby spróbować wygospodarować więcej pieniędzy i poszerzyć o jeszcze inne miejsca w Polsce, żebyśmy mogli z tego wyciągnąć więcej wniosków, jak to przeprowadzić efektywnie. Zakładam bowiem, że nie jest kwestią pilotażu dalsze usprzętowienie, pomoc takiej czy innej jednostce finansowo, sprzętowo, tylko przełamanie tego, co nie udało się nam przez lata. Jest to bowiem swego rodzaju zagadka, że jedna rzecz wyszła nam fantastycznie, a jeśli chodzi o drugą, to cały czas kręcimy się w kółko. Nie potrafimy tego przełamać, mimo znakomitych ekspertów, fachowców, którzy zresztą dzisiaj zabierali głos.

Tyle z mojej strony. Panie ministrze, traktując kwestię pilotażu jako coś, co jeszcze nie jest zamknięte, jest otwarte, życzę panu tego, żebyśmy na koniec tej kadencji, bo wtedy będzie już można pewne wnioski wyciągać, ruszyli również z pozostałymi jednostkami chorobowymi z zakresu kardiologii, żebyśmy mogli powiedzieć, że idziemy drogą tego sukcesu, który udało się uzyskać kilkanaście lat temu.

Teraz po kolei oddam jeszcze głos osobom, które są zgłoszone, prosząc gorąco państwa o krótkie wypowiedzi. Pani doktor Marta Kałużna-Oleksy jest zapisana do głosu. Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serca Marta Kałużna-Oleksy:

Dziękuję bardzo. Dzień dobry, panie przewodniczący. Dzień dobry, panie ministrze. Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję, że mogę wziąć udział w dzisiejszym posiedzeniu Komisji. Chciałabym zgłosić albo poruszyć kilka kwestii w imieniu…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Właśnie – przepraszam, pani doktor – niech pani powie, kogo pani reprezentuje, bo to jest potrzebne do protokołu. I troszeczkę głośniej.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serca Marta Kałużna-Oleksy:

Jestem lekarzem kardiologiem I Kliniki Kardiologii w Poznaniu. Zajmuję się pacjentami z niewydolnością serca od wielu lat. Jednocześnie jestem prezesem Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serca i to głównie głos pacjentów z niewydolnością serca chciałabym dzisiaj przedstawić, ale oczywiście w kontekście rozumienia przeze mnie całej specyfiki opieki nad tymi pacjentami. Chciałabym przede wszystkim odnieść się do zagadnienia pacjentów z niewydolnością serca i jeszcze raz podkreślić, że jest to ogromny problem społeczny. Niewydolność serca to jest pandemia XXI wieku, abstrahując od pandemii koronawirusa, z która borykamy się w tej chwili.

Osób z niewydolnością serca w naszym kraju, według naszych danych szacunkowych... A postaraliśmy się o stworzenie raportu dotyczącego niewydolności serca w Polsce. My jako pacjenci, oczywiście w porozumieniu z profesjonalistami i doskonałymi ekspertami z zakresu kardiologii w naszym kraju, przy udziale Polskiego Towarzystwa

Kardiologicznego i wspaniałych panów profesorów. Rzeczywiście te dane są przerażające. Pan minister sam wspominał, że te dane szacunkowe ministerstwa są nawet jeszcze wyższe i mówił o prawie 1,4 mln chorych z niewydolnością serca w Polsce. Chcę podkreślić, że jest to jednostka chorobowa, w której przeżycie jest tak złe jak rokowanie pacjentów z większością, a prawie wszystkimi chorobami nowotworowymi. Zgonów z powodu niewydolności serca jest ogromnie dużo w naszym kraju. Co godzina umiera 16 osób z rozpoznaniem niewydolności serca, a sama niewydolność serca jest główną przyczyną zgonów w Polsce.

To, co przede wszystkim jest problemem i na co my jako pacjenci i lekarze zajmujący się tymi pacjentami chcemy zwrócić uwagę, to ogromna liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca w Polsce, która jest 2,5-krotnie wyższa niż średnia dla wszystkich 37 krajów OECD. Te dane nie zmieniają się już od wielu lat, a koszty związane z nakładem na te hospitalizacje są przerażające, bo ponad 95% wszystkich kosztów związanych z opieką nad pacjentami z niewydolnością serca jest kierowanych na lecznictwo szpitalne i hospitalizację. I już abstrahując od tego, że to jest ogromne obciążenie dla budżetu państwa, to każda hospitalizacja pacjenta z niewydolnością serca jest najczęściej wynikiem pogarszania się choroby, a to ma swoje konsekwencje w gorszym rokowaniu tego chorego i przyspieszeniu jego śmierci.

Bardzo dziękujemy za zwrócenie uwagi na to, że są potrzebne koordynowane działania w zakresie opieki nad pacjentami kardiologicznymi w ogóle, w tym szczególnie nad pacjentami z niewydolnością serca. Chcę podkreślić, idąc w ślad za tym, co powiedzieli pan profesor Witkowski i moi przedmówcy, jak bardzo ważna jest koordynowana, kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca. I wrócić z zapytaniem, czy w ogóle odnośnie do KONS w takiej postaci, w jakiej został rekomendowany, albo w postaci ewentualnie obszarowej, ale jednak takiej, która została zaakceptowana przez towarzystwa kardiologiczne, towarzystwa ekspertów, jest szansa na jego realizację? Oczywiście widzimy działania państwa w kontekście powstania sieci kardiologicznej, ale nie będę tego powtarzać, bo czasu jest mało i rzeczywiście zgadzamy się ze wszystkimi tymi uwagami, które padły wcześniej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani doktor, właśnie o to chciałem prosić, żeby nie powtarzać, bo czasu jest bardzo mało i pan minister nie zdąży odpowiedzieć, a to, jak myślę, jest teraz dla nas najciekawsze.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serca Marta Kałużna-Oleksy:

Dobrze. Zatem moje właściwie dwa ostatnie zdania. Wysłaliśmy też nasze propozycje, z punktu widzenia pacjentów, co uważamy, że w tej sieci kardiologicznej powinno być przearanżowane albo doprecyzowane czy przemyślane. Tym, na co szczególnie chcemy zwrócić uwagę, jest koordynacja systemu opieki nad pacjentami z niewydolnością serca, ale ogromnie ważny, wydaje się nam, że najważniejszy, jest dostęp pacjentów z niewydolnością serca do odpowiedniego leczenia.

Podstawą leczenia pacjentów z niewydolnością serca jest farmakoterapia. Podkreślam więc jeszcze raz, chcąc uwypuklić słowa pana profesora Kaźmierczaka, że bez odpowiedniego dostępu do standardowej farmakoterapii, która powinna być stosowana zgodnie z opiniami ekspertów, zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych, nie jesteśmy w stanie dobrze zaopiekować się grupą chorych z niewydolnością serca.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pani doktor, już naprawdę…

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serca Marta Kałużna-Oleksy:

Ostatnie zdanie. Liczymy na to, że złożony wniosek o refundację dapagliflozyny, która wydaje się ogromną szansą dla tych chorych, zostanie korzystnie rozpatrzony. I że to będzie lek, który rzeczywiście jako jedyny od wielu lat wspomoże nas w leczeniu pacjentów z niewydolnością serca i będzie dostępny dla szerszego grona. Bardzo dziękuję. Już nic więcej nie mam do dodania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, żeby pan minister zdążył odpowiedzieć, mamy sześć minut na jeszcze trzy osoby, które chcą zadać pytanie. Proszę tylko o niepowtarzanie tego, co już było powiedziane. Pani Agnieszka Wołczenko, bardzo proszę.

Liderka Porozumienia Organizacji Kardiologicznych Agnieszka Wołczenko:

Dzień dobry. Witam serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę o niepowtarzanie już tego wszystkiego.

Liderka POK Agnieszka Wołczenko:

Przedstawię się. Po pierwsze, czy słychać?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Troszkę zrywa połączenie. Troszkę ciszej niech pani mówi. Słuchamy.

Liderka POK Agnieszka Wołczenko:

Dobrze. Jestem pacjentką kardiologiczną i prezesem stowarzyszenia „EkoSerce", które skupia pacjentów kardiologicznych. Mam legitymację do wypowiedzenia się dzisiaj w imieniu Porozumienia Organizacji Kardiologicznych, w skład którego wchodzi 10 innych organizacji.

Szanowni państwo, wystosowaliśmy również takie pismo do ministerstwa odnośnie do pilotażu krajowej sieci kardiologicznej. Ubolewamy nad jednym. Przychylam się właściwie do wszystkich państwa wniosków. Przede wszystkim popieram to, co zostało wypowiedziane przez pana prezesa Witkowskiego i pana profesora Kaźmierczaka, ponieważ…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Najmocniej panią przepraszam, my naprawdę nie mamy czasu na popieranie nawzajem swoich stanowisk. Proszę powiedzieć coś, co jeszcze nie było powiedziane, bo pan minister po prostu nie odpowie, a my pójdziemy głosować.

Liderka POK Agnieszka Wołczenko:

Dobrze, panie przewodniczący. Mamy taką serdeczną prośbę. Chcielibyśmy mieć możliwość zabrania głosu i żebyśmy mogli czynnie uczestniczyć w tej dyskusji, ponieważ dla nas jest to szalenie istotne, bo tak naprawdę nas wszystkich to dotyczy.

Nie będę już powtarzała tego, co mówiła przed chwilą pani doktor Kałużna. Rozwiązania, które już zostały wypracowane i powinny funkcjonować od 2018 r., kiedy zostały przez pana ministra Szumowskiego ogłoszone, czyli program KONS, do dnia dzisiejszego nie zostały wprowadzone. Nie rozumiemy dlaczego. Uważamy, że oczywiście sieć kardiologiczna czy pilotaż powinien być wdrożony, ale na pewno nie tylko w jednym miejscu. Mimo wszystko KONS równolegle powinien być, ponieważ pilotaż będzie trwać półtora roku, a pacjenci zostaną tak naprawdę bez opieki w całej pozostałej części kraju. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zostało nam 20 minut do głosowań, przypominam. Teraz pan Jacek Legutko, bardzo proszę.

Sekretarz PTK Jacek Legutko:

Dzień dobry państwu. Szanowny panie przewodniczący, Jacek Legutko, jestem sekretarzem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Pełnię również funkcję dyrektora…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę o niepowtarzanie argumentów tylko powiedzenie czegoś, co jeszcze nie było mówione. Bardzo proszę.

Sekretarz PTK Jacek Legutko:

Najważniejsza rzecz, która, jak uważam, powinna być dodana do projektu sieci kardiologicznej, to choroba niedokrwienna serca. Ona nie może być zostawiona na boku. Nie możemy uważać, że ten problem jest już załatwiony i nic nowego w tym zakresie zrobić

nie należy. Istnieje duża potrzeba optymalizacji albo poszukiwania nowych dróg leczenia pacjentów z zawałem serca we wstrząsie kardiogennym. Mamy potrzebę wprowadzania nowych technologii do kardiologii interwencyjnej.

Bardzo dziękuję za wszystkie ciepłe słowa skierowane pod naszym adresem, ale chciałbym powiedzieć, że od kilku lat tak naprawdę wprowadzanie nowych technologii do kardiologii inwazyjnej nie jest w żaden sposób wspierane. Zabiegamy o procedury, które 5 lat oczekują na to, żeby zostały wprowadzone do katalogu świadczeń, a wszelkie nowe urządzenia stosujemy dzięki refundacji standardowych procedur, co oczywiście powoduje, że kardiologia interwencyjna staje się, i jest w tym momencie, nierentowna. Ponadto uważam, co już zostało wspomniane wcześniej, że w perspektywie na przyszłość jest niezwykle ważne, że coraz mniej młodych lekarzy chce się szkolić w kardiologii, a szczególnie w kardiologii inwazyjnej. Może nie jest to problemem na dzisiaj, ale w perspektywie kilku najbliższych lat może już być bardzo kluczowym problemem dla funkcjonowania całej kardiologii. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Na koniec pan Przemysław Mitkowski. Pan profesor, zdaje się. Bardzo proszę, panie profesorze.

Prezes-elekt PTK Przemysław Mitkowski:

Panie przewodniczący, bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Przemysław Mitkowski, I Klinika Kardiologii Poznań, prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Jak wszyscy mówiliśmy, program sieci kardiologicznej jest niezwykle potrzebny, jak każde działanie zwiększające dostęp do specjalistycznych procedur w zakresie kardiologii. Chciałbym tylko poddać pod rozwagę to, że mamy już gotowy program koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca, który również w tym programie sieciowym został ujęty. Prace zostały zawieszone. Nie wiem, czy by nie skorzystać z tego doświadczenia i maksymalnie szybko wdrożyć program, który miał być realizowany w sześciu ośrodkach koordynujących, spełniających mniej więcej wymagania ośrodków koordynujących, które znalazły się w sieci kardiologicznej. Jest to program szybki do wdrożenia. Zakładane koszty tego programu były bardzo zbliżone do kosztów sieci kardiologicznej. Było to około 40 mln zł w pierwszym roku jego działania.

Dla nas niezwykle istotne jest to, że kompleksowość opieki kardiologicznej jest niezwykle złożona i dlatego warto się zastanowić, czy by nie przygotowywać i nie wdrażać sukcesywnie kolejnych cegiełek do sieci kardiologicznej, kiedy będą gotowe. Mamy już jako Polskie Towarzystwo Kardiologiczne praktycznie gotowy program koordynowanej opieki nad chorymi z migotaniem przedsionków. Mógłby to być kolejny element, który byłby wdrożony. Przygotowanie programów dotyczących nadciśnienia tętniczego wtórnego i nadciśnienia opornego, wad zastawkowych to oczywiście będą kolejne cegiełki, które do tego długoletniego programu mogłyby być wkładane.

Kolejna rzecz, którą też chciałbym, żeby pan minister ewentualnie rozważył. Zresztą, bardzo dziękuję za doskonały raport, który przybliżył nam jeszcze bardziej problemy, z którymi codziennie się spotykamy. Otóż, jak pan minister w swoim opracowaniu przedstawia, liczba szpitalnych procedur kardiologicznych spadła o 25%. Mamy zwiększenie śmiertelności o bez mała 17% z przyczyn sercowo-naczyniowych. Procedur inwazyjnych było wykonanych w ubiegłym roku, w porównaniu z 2019 r., mniej o jakieś 12–16%. Czy nie byłoby zasadne, żeby co najmniej do końca czerwca, jeżeli w ogóle nie w tym roku, zdjąć limity z wykonywania procedur kardiologicznych? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Uprzejmie dziękuję. Oddaję teraz głos panu ministrowi. Panie ministrze, dużo różnych pytań. Bardzo proszę o odpowiedź.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo. Pani poseł Skowrońska – nie, nie będzie na piśmie, ale jeżeli będzie taka potrzeba, to oczywiście też.

Szanowni państwo, rzeczywiście bardzo wiele pytań dotyczyło krajowej sieci kardiologicznej, więc może to zostawię na koniec, a na początek postaram się odpowie-

dzieć na pytania, które były dość szczegółowe. Może zacznę od pani poseł Skowrońskiej i powiem, co się nie udało. Pani poseł, myślę, że nie tylko nam, czyli Ministerstwu Zdrowia teraz, ale także i naszym poprzednikom, nie udało się dotrzeć do Polaków z tym, że to właśnie w ich rękach jest ich zdrowie. Myślę bowiem, że my cały czas mówimy o efektach naszych zachowań. Nie koncentrujemy się na tym, jak zdrowo żyć, jak być aktywnym, jak leczyć choroby typu cukrzyca, które wpływają na choroby serca, na nadciśnienie, a koncentrujemy się na tym, co już jest medycyną naprawczą, mówiąc ogólnie. To na pewno nam się nie udało, żeby każdy Polak wiedział, że to w jego rękach jest jego zdrowie, a nie w rękach państwa. Proszę państwa, od 2014 r. nakłady na polską kardiologię wzrosły o 867 mln zł. To prawie o 107% w porównaniu z 2014 r. W 2019 r. to jest 1,676 mld zł. Myślę, że to jednak dość duży wysiłek finansowy państwa, żeby te finanse akurat na kardiologię przeznaczyć.

Zacznę po kolei, od pani poseł Gelert. Dziękuję za te słowa, że nie jest to katastrofalna sytuacja w polskiej kardiologii, a wręcz odwrotnie. Myślę, że na tle innych rajów Europy jesteśmy w „czubie". Jest to związane z wieloma czynnikami, o których za chwilę będę starał się powiedzieć. Pytała pani poseł o doposażenie w sprzęt. Tak, będziemy wymieniać. Nie te najnowsze, tylko będziemy starali się wymieniać te najstarsze, które już tylko z nazwy są ultrasonografami, a już nie odpowiadają najnowszym technologiom. Tak w tej chwili też się to odbywa – to z mojej działki, ratownictwa medycznego – wymieniamy najstarsze karetki. Nie wymieniamy tych, które mają 2–3 lata. Tak samo i tutaj będzie się to odbywało. To będzie się odbywało w ramach konkursu. Pewnie w marcu–kwietniu te konkursy będą ogłaszane.

Drobne pytanie, jeżeli chodzi o odżywianie się i sklepiki szkolne. Te 3 tys. badań rzeczywiście było robionych tylko przez Instytut Żywności i Żywienia. Także inne ośrodki to robiły. Tak więc to też będzie w strategii, co prawda onkologicznej, ale będzie kompleksowe badanie jakości produktów, w tym dostępnych w sklepikach dla dzieci i młodzieży.

Omijamy jeszcze sieć kardiologiczną. To chyba pan poseł Douglas mówił o hemodynamice. Rzeczywiście, w tej chwili ośrodków hemodynamicznych mamy odpowiednią liczbę, ale ja nie mówiłem, że chcemy zwiększyć liczbę ośrodków hemodynamicznych, tylko chcemy, żeby one zdecydowanie bardziej zaangażowały się w opiekę pozawałową. Pamiętacie państwo, że kiedy uruchomiliśmy program hemodynamiki, hemodynamika była naprawdę bardzo dobrze finansowana. Te ośrodki powstały wszędzie. Praktycznie wszędzie mogliśmy spotkać się z pracownią hemodynamiki. Pacjent trafiał tam bardzo szybko. I dobrze, że trafiał do takiej pracowni.

Uruchomiliśmy także system, że jeżeli karetka przyjedzie do chorego z objawami ostrej choroby wieńcowej czy zawału, to jest teletransmisja, czyli zespół karetki robi EKG, wysyła to do ośrodka hemodynamicznego. Tam kardiolog ocenia, czy pacjent kwalifikuje się do nich, czy nie. Tak więc ten okres od momentu przejazdu do szpitala, najczęściej powiatowego, jak było wcześniej, robienie EKG, robienie badań – zdecydowanie się wydłużał. W tej chwili pacjent z domu trafia już bezpośrednio na stół w pracowni hemodynamiki. Myślę, że to jest dość duży sukces, że okres dotarcia, aby udrożnić naczynie, które nie dostarcza krwi do mięśnia sercowego…

Okazało się jednak, że same pracownie hemodynamiki nie dają nam takiego efektu, ponieważ pacjent najczęściej po jakimś czasie po wyjściu znowu trafiał do tej pracowni, ponieważ nie było opieki, kontynuacji dobrego efektu leczniczego. Dlatego powstał KOS, który objął pacjenta opieką. To jest ta ciągłość przynajmniej przez 12 miesięcy po zawale mięśnia sercowego. Dlatego chcemy, żeby ośrodków, które podejmą się opieki nad tym pacjentem, aby kontynuować ten dobry efekt, było jak najwięcej. Mówiłem, że chcemy zwiększyć liczbę miejsc, które będą się zajmować tymi pacjentami.

Pan poseł Wolski mówił o kartach zgonu. Rzeczywiście, każdy człowiek umiera w mechanizmie zatrzymania oddechu i krążenia, więc to nam statystycznie nic nie daje. W tej chwili pracujemy nad elektroniczną kartą zgonu, gdzie to będzie zdecydowanie wyszczególnione. Już nie będziemy wrzucali do jednego worka wielu różnych schorzeń, bo wtedy jest nam trudno określić, na co dany pacjent zmarł. Chcemy także wprowadzić do programów szkoleniowych specjalizacyjnych to, jak wypełniać kartę zgonu, bo tego

nikt nigdy nie uczył czy studenta czy też lekarza specjalisty. Myślę, że to jest też problem prawidłowego wypełniania karty zgonu, bo dałoby to nam naprawdę dużo dobrego materiału do dalszego analizowania procesów, w jaki sposób i na co pacjent umarł.

Opłata cukrowa. Myślę, że będzie to około 2 mld zł, pani poseł. Co prawda, z tego co wiemy, w pandemii spożycie tych bardzo słodkich napojów spadło, więc może to nie być aż tyle pieniędzy.

Teraz temat chyba najważniejszy. Mówimy o krajowej sieci kardiologicznej. Wzbudził na pewno wiele emocji. Krajowa sieć kardiologiczna – rzeczywiście w tej chwili jest to pilotaż skierowany wyłącznie do jednego województwa, mazowieckiego. Dlaczego do województwa mazowieckiego? Dlatego że najłatwiej było nam wybrać ośrodek koordynujący, czyli ośrodek, który będzie nadzorował w pilotażu całą tę sieć. Jest to Narodowy Instytut Kardiologii. Ten pilotaż przewidziany jest na 18 miesięcy. Nie ma w tej chwili takiej idei, żebyśmy zamknęli się tylko na województwo mazowieckie. Chcemy z tym pilotażem ruszyć, a wtedy zobaczymy, jak to zadziała. Na pewno chcielibyśmy taki pilotaż w następnej kolejności uruchomić w innym województwie czy też województwach. Padło także pytanie, komu zabierzemy na ten pilotaż. Odpowiadam więc – nikomu nie zabierzemy. To są pieniądze przeznaczone z rezerwy Narodowego Funduszu Zdrowia. Przeznaczona jest w tej chwili kwota ponad 35 mln zł.

Zasadnicze pytanie jest takie: jakie korzyści z tego pilotażu? Po co robimy ten pilotaż, co chcemy pokazać? Mnie się wydaje, że to, co pokazaliśmy i co bardzo było uwypuklone w powstawaniu krajowej sieci kardiologicznej, to współpraca lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bo tam najczęściej trafia ten pacjent. Tak jak było powiedziane, lekarz POZ, jeżeli ma jakiś problem, napisze skierowanie. Niekiedy ten pacjent dość długo czeka na przyjęcie do lekarza kardiologa, do lekarza specjalisty. Aczkolwiek z ostatnich danych wynika, że w większości województw doszło do spadku liczby oczekujących na poradę kardiologiczną średnio o 26% w tzw. przypadkach pilnych, a w przypadkach stabilnych o ponad 30%. Możecie państwo powiedzieć, że to jest efekt pandemii, jeżeli porównalibyśmy styczeń 2020 r. ze styczniem 2021 r. Są to dane bardzo świeże. Średni czas czekania do poradni kardiologicznej w styczniu 2020 r. wynosił 133 dni, a w tej chwili jest to 107 dni, a więc skrócił się ten okres o 26 dni. Nie dyskutuję z tymi danymi. Są takie dane. Prawdopodobnie też jest to związane z pandemią, ale je przedstawiłem.

Mówimy dalej o sieci kardiologicznej. Jakie korzyści? Chcemy, aby pacjent był zdecydowanie szybciej diagnozowany. Czyli czas oczekiwania na poradę w naszej sieci kardiologicznej będzie zdecydowanie krótszy. Kontakt lekarza POZ z ośrodkiem konsultacyjnym może się odbywać właśnie za pośrednictwem specjalnej linii telefonicznej. Tam lekarz rodzinny będzie mógł uzyskać informację o tym, jak dalej z tym pacjentem postępować. Myślę, że napisanie skierowania nie rozwiązywało sytuacji pacjenta, bo najczęściej zostawał on pozostawiony sam sobie, gdzieś się udawał w dłuższym lub krótszym okresie, ale to jednak wydłużało… W tej chwili chcemy, aby to zdecydowanie się zmieniło.

Musimy także dać jednolite wytyczne, jeżeli chodzi o postępowanie medyczne, bo myślę, że to też jest bardzo ważne, aby na wszystkich poziomach ujednolicić, jak danego pacjenta powinniśmy leczyć. Myślę, że to też jest bardzo ważne, szczególnie dla pacjentów, którzy mieszkają na wsi, żeby kontakt był jak najszybszy i jak najbliższy, żeby pacjent nie musiał daleko udawać się do tych ośrodków.

Pan poseł Rutka mówił o dziecięcym zespole pocovidowym. Rzeczywiście jest taki zespół. W tej chwili powstał zespół pod kierunkiem pani profesor Jackowskiej, który zajmuje się tym problemem.

Jeżeli jeszcze chodzi o sieć kardiologiczną, to ja może, panie przewodniczący, oddałbym głos panu dyrektorowi, który tym zajmował się na bieżąco. Może pan dyrektor jeszcze chwilę o sieci kardiologicznej…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę uprzejmie, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Przepraszam, ale pierwszy raz przemawiam przed komisją sejmową, jestem nieco wzruszony. Nazywam się Michał Dzięgielewski. Jestem dyrektorem Departamentu Lecznic-

twa w Ministerstwie Zdrowia. Pracuję tu stosunkowo krótko, ale byłem rzeczywiście zaangażowany w prace nad projektem związanym z krajową siecią kardiologii. Chciałbym wzmocnić to, co powiedział pan minister, bo pan minister wyczerpał już temat. Właściwie nie mam wiele do dodania.

Najpoważniejszą rzeczą z tego, co słuchałem, był zarzut, że całość projektu ogranicza się do jednego województwa. Jeżeli państwo zapoznają się z uzasadnieniem do całego projektu rozporządzenia, to tam jest wprost napisane, że projekt zostanie w krótkim czasie rozszerzony o więcej niż to jedno województwo. Dlaczego Mazowsze? Dlatego że tu jest nie tylko Narodowy Instytut Kardiologii, ale jest to także instytut badawczy. To po pierwsze. Po drugie tu mamy jedne z najdłuższych kolejek oczekujących do świadczeń kardiologicznych ambulatoryjnych w całej Polsce, mimo wielkiego potencjału, o którym wszyscy mówiliśmy, i to mimo poprawy w 2020 r., o której mówiliśmy.

Wybór tego województwa był więc o tyle naturalny, że po pierwsze potencjał instytutu pozwala na przetarcie szlaków, czyli odtworzenie czegoś, o czym udało się nam zapomnieć, odtworzenie pewnego rodzaju sieci ośrodków referencyjnych. Mówimy bowiem o wspaniałych ośrodkach kardiologii inwazyjnej, mówimy o bardzo dobrych kardiologach, o znakomitych ośrodkach. Tylko pamiętajmy, że każdy z nich pracuje jakby niezależnie od siebie. Kiedyś świat był stosunkowo prosty. To znaczy mieliśmy naturalną drabinkę pacjentów, którzy wędrowali od lekarza ogólnego, poprzez szpital powiatowy, do szpitala wojewódzkiego, a potem szpitala klinicznego. Ta konstrukcja uległa jakby nieco zapomnieniu, więc podstawowym założeniem całego pilotażu sieci kardiologicznej jest próba powiązania tych ośrodków ze sobą i zarysowania kompetencji.

Proszę państwa, w dobrze współpracującym mechanizmie nie jest tak, że lekarz POZ musi kierować do specjalisty i potem przez kolejne szczeble. W dobrze utworzonym mechanizmie mamy bardzo jasne i wyraźne wytyczne, które mówią o tym, gdzie jest miejsce pacjenta. On czasem może pominąć niektóre etapy, jeżeli jest to oczywiste i wynika z wiedzy medycznej. Z tego właśnie wynika rola Instytutu Kardiologii, żeby zacząć rysować takie ścieżki pacjenta, zacząć rysować schematy postępowania, które będą uwzględniały całą wiedzę medyczną, ale także potencjał ośrodków, które są na tym terenie.

Jeśli chodzi o ośrodek koordynujący, jednym z zarzutów było to, że cały pilotaż ogranicza się do jednego ośrodka, którym jest Instytut Kardiologii, i potem długo, długo nic. Ośrodek koordynujący tak naprawdę musi przede wszystkim zarysować jasne ścieżki postępowania, czyli dać jasne wytyczne w poszczególnych stanach chorobowych, prowadzić infolinię i zespół koordynatorów. Natomiast wykorzystanie potencjału nie sprowadza się tylko do tego ośrodka. Z tego wynika przyjęcie pewnych kryteriów, które wyłaniają grupę ośrodków jakby bardziej specjalistycznych, bo państwo wiedzą niemalże lepiej ode mnie, że kardiologia kardiologii nie jest równa i nie wszystkie realizują wszystkie procedury. Natomiast z całą pewnością te procedury nie są wykorzystywane w wystarczającym stopniu, chociażby z tego powodu, że w chwili obecnej są finansowane w ramach ryczałtu. Nie ma więc specjalnej możliwości zwiększania liczby procedur, które są wykonywane planowo, a ośrodki mamy znakomite. Z tego właśnie wynika wybór Mazowsza, wybór tego miejsca.

Kolejne zarzuty dotyczyły tego, że w chwili obecnej wskazanych jest tylko pięć rozpoznań. W uzasadnieniu również napisano, że trzeba na czymś zacząć ćwiczyć. Zastanawialiśmy się od początku nad włączeniem na przykład choroby niedokrwiennej serca. Tylko że wtedy – choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie i jeszcze kilka innych schorzeń dość powszechnych – pilotażem moglibyśmy ogarnąć 1/3 pacjentów na terenie całego województwa, czyli nie zdążylibyśmy wypróbować tego modelu, o którym mówimy, wytworzyć pewnej sieci powiązań.

Natomiast z całą pewnością w ramach dojrzewania tego projektu, w ramach krzepnięcia tych wszystkich ośrodków i prostowania ścieżek współpracy, co również zostało napisane w uzasadnieniu, rozważane będzie włączenie kolejnych rozpoznań do tych, którymi zajmować się będzie krajowa sieć kardiologii. Tak więc wybór Warszawy... Tak, po to, żeby najtrudniejszy etap, kiedy właściwie wszystko trzeba tworzyć od nowa i wszystkie ścieżki dopiero odnajdywać i wyszukiwać drogę... Dlatego to Warszawa.

Natomiast na pewno w krótkim czasie rozszerzymy ten pilotaż i terytorialnie, i jeżeli chodzi o rozpoznanie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie dyrektorze, panie ministrze, myślę, że będę wyrazicielem takiej opinii niejako ponad podziałami politycznymi, że postulujemy jednak jak najszybsze włączanie innych ośrodków. Jestem absolutnie przekonany, że jest tak duża specyfika Mazowsza, że w moim przekonaniu trzeba koniecznie sięgnąć po inne ośrodki.

Jeszcze przy okazji zwrócę uwagę na jeden element – sprawdziłem przed chwilą, bo przypomniało mi się to w czasie dyskusji. Pewne rzeczy można uzyskać albo nie uzyskać przy pomocy kontraktowania. Jeżeli ostre stany kontraktuje się gdzieś świetnie, a te pozostałe dużo gorzej, to często prowokuje to takie sytuacje, że robi się i tak nadwykonania, ale w tym momencie dostępność też jest gorsza. Myślę, że warto pomyśleć i o tym, żeby tam, gdzie mamy wyraźne opóźnienia, również sposobem kontraktowania stymulować poprawę. Pan poseł Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chciałbym tylko dopytać, ponieważ pan minister nie odpowiedział na dwie sprawy, które poruszałem. Pytałem o możliwość przywrócenia czy zwiększenia wyceny procedur z kardiologii inwazyjnej, ponieważ one zostały przez państwa bardzo drastycznie obniżone. Wszyscy kardiolodzy inwazyjni podkreślają, że to powoduje, po pierwsze, małą konkurencyjność płacową, jeżeli chodzi o ośrodki kardiologii inwazyjnej, a więc trudności z naborem nowych lekarzy, których i tak jest mało. Po drugie, trudności z wymianą bardzo drogiego sprzętu, który po jakimś czasie trzeba wymienić. I to, o czym mówił również jeden z kardiologów, który występował na koniec, że nowe procedury, które powinny być wprowadzone w kardiologii inwazyjnej, nie są wprowadzane, ponieważ jest za mało pieniędzy w systemie, akurat tym leczącym chorobę niedokrwienną. To jedno.

I dwa. Czy jest taka możliwość, żeby państwo pomogli w utworzeniu sieci tzw. dyżurów ablacyjnych? Przynajmniej jeden ośrodek w województwie. To jest bardzo ważny temat. Wiele osób na ten temat się wypowiada, że ośrodki są pozbawione możliwości szybkiego skierowania pacjentów do ośrodka klinicznego, który powinien mieć stały dyżur ablacyjny. To jest stosunkowo proste do wykonania, więc prosiłbym tylko, żeby pan przynajmniej zapewnił, że się nad tym pochylicie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan minister zdanie. Widzę potakiwanie, więc…

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Pochylimy się, panie pośle. Tak jest.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Szanowni państwo, kończąc dyskusję, jeszcze muszę wypowiedzieć pewną formułkę, ponieważ był tu wniosek opozycji, jakby równoległy do planu pracy. Pozwolą więc państwo, że tę formułkę przeczytam.

Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. W związku z rozpatrzeniem przez Komisję „Informacji na temat chorób sercowo-naczyniowych jako głównej przyczyny umieralności Polaków. Pierwotna i wtórna prewencja. Kardiologia w czasie epidemii koronawirusa” oraz omówieniem tematów zawartych we wniosku grupy posłów, złożonym w dniu 29 stycznia br., należy uznać, że wyżej wymieniony wniosek został skonsumowany i jest bezprzedmiotowy, o czym powiadomię panią marszałek. Czy są zastrzeżenia? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie dziękuję bardzo wszystkim państwu.

Zamykam posiedzenie Komisji.